

# **Esquizofrenia: Factores del Estigma hacia la Enfermedad y Consecuencias para el Tratamiento**

Nathalia Lenis Potes

Karolay Abadia

Documento resultado de trabajo de grado para optar el título de psicólogo

Directora: Viviana Gómez Cabal

Psicóloga Especialista en Gerencia Educativa

Maestrante en Psicología Clínica y de la Salud

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Sede Virtual y a distancia

Programa de Psicología

Buga, Valle del Cauca

Colombia, mayo 2021

## Tabla de contenido

Resumen.....	4
Palabras clave.....	4
Introducción .....	5
Planteamiento Del Problema.....	8
Pregunta De Investigación .....	11
Objetivos.....	12
Objetivo General.....	12
Objetivos Específico .....	12
Justificación .....	13
Supuestos .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Estado del Arte.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Nacionales.....	15
Internacionales .....	18
Marcos Teórico y Conceptual.....	21
Estigma sobre la enfermedad mental .....	21
Diagnóstico .....	23
Tratamiento.....	25
Marco Político y Legal.....	28
Metodología .....	30
Población y Muestra .....	30
Población.....	30
Muestra .....	31

VARIABLES O CATEGORÍAS DE ANÁLISIS .....	32
Tabla 1: Definición de Categorías .....	32
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	33
Cuestionario de actitudes hacia las personas con enfermedad mental.....	33
Formato del cuestionario.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Entrevista semiestructurada .....	33
Diseño de Entrevista semiestructurada .....	34
Nivel de incapacidad de la enfermedad .....	34
Tratamiento y manejo .....	34
Técnica de análisis de resultados .....	35
Análisis de material empírico .....	36
Etapas para el análisis de los resultados .....	37
Divergencias .....	37
Resultados.....	40
Discusión.....	43

## Resumen

La investigación se orienta en conocer aspectos de la sociedad relacionados con el estigma que afectan la evolución positiva respecto al tratamiento de la enfermedad en pacientes que sufren trastornos mentales como la esquizofrenia. Los estigmas hacia esta población generan discriminación que conlleva al rechazo, provocando en los pacientes aislamiento, miedo angustia, y otros signos que afectan el tratamiento de la enfermedad. Desde la OMS (Organización Mundial de la Salud) se ha venido evidenciando preocupación por esta población, donde se hace un llamado a los entes gubernamentales para que se generen proyectos y campañas que favorezcan la salud mental de los pacientes y por ende de su red de apoyo, quienes también indirectamente se ven afectados por la discriminación; en Latino América son pocos los estudios que se realizan en torno al tema; por tanto, la presente investigación busca a partir del enfoque cualitativo, indagar a profesionales de la salud por medio de entrevista, quienes a partir de su experiencia compartan el sentir sobre la estigmatización percibida en nuestro contexto hacia la enfermedad mental, específicamente hacia la esquizofrenia.

Esta investigación pretende conocer de qué manera esto puede repercutir en el tratamiento; uno de los principales hallazgos encontrados fue la poca información e investigaciones sobre el estigma de la enfermedad mental, a partir de ello se espera generar reflexiones que aporten para el tratamiento y abordaje de esta población tanto a nivel social.

**Palabras clave:** Esquizofrenia, estigma social, discriminación, tratamiento.

## Introducción

Según Ochoa (2011) el estigma es un constructo social que incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos que está configurado como prejuicio y conlleva consecuencias discriminatorias hacia la persona estigmatizada.

Las personas que padecen algún trastorno mental son uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad, especialmente las que padecen esquizofrenia. La enfermedad mental ha estado vinculada a una serie de prejuicios sociales que determinan al enfermo con esquizofrenia como “loco”, “agresivo”, “raro”, impredecible en su conducta, débil, vago e improductivo, con el que no se puede razonar, crónico y culpable de su enfermedad. Este estereotipo del trastorno mental conlleva una percepción de peligrosidad y un miedo en la relación, que, posiblemente, se ha generado como consecuencia del desconocimiento, falta de información e investigación sobre esta enfermedad. Esto tiene como consecuencia que la rehabilitación de las personas con trastornos mentales graves, cuyo objetivo es alcanzar el estatus de ciudadano de pleno derecho, se ve dificultada y en ocasiones impedida.

Cabe mencionar que esta visión de la enfermedad está reforzada por los medios de comunicación, en donde en ocasiones la información es una forma de sesgar la realidad, dando una imagen poco positiva de las personas que tengan algún trastorno mental, fomentando estereotipos de personas agresivas, desorganizadas que provocan.

En los familiares también están presentes los prejuicios hacia la enfermedad, en donde surgen conductas de vergüenza y de ocultamiento ligados a un sentimiento de culpabilidad hacia la causa de la enfermedad, causando aislamiento.

Para el área de la salud mental es importante generar investigaciones que conlleven a la comprensión del ser humano tanto desde su patología, como de los factores y situaciones que la rodean y que pueden afectar la evolución favorable de los pacientes. La investigación desde el enfoque cualitativo indaga a profesionales del área de la salud mental respecto a lo que conocen y perciben sobre el estigma social hacia las personas con esquizofrenia, desde su experiencia se habla de la realidad que pueden estar viviendo las personas con este trastorno y cómo esto puede afectar su tratamiento; lo anterior aporta a la comprensión y reflexión sobre alternativas que se deben trabajar desde el contexto social.

El estigma puede ser considerado como la principal causa de sufrimiento de las personas con diagnóstico de trastorno mental grave (TMG), fundamentalmente esquizofrenia, por el importante impacto psicosocial que genera. El estigma alude al proceso de etiquetamiento, pérdida de estatus y discriminación de la que es objeto una persona que presenta una característica que el grupo social menosprecia. Entre sus principales consecuencias está el deterioro de la autoimagen, las dificultades en el acceso al empleo, vivienda y relaciones sociales, y el efecto de barrera que genera en los servicios sanitarios.

Por todo ello, los objetivos planteados en este estudio son analizar los factores que generan y refuerzan el estigma social de la esquizofrenia que permite identificar esos elementos que influyen, describirlos y además conocer como estos repercute en pacientes con enfermedades mentales como la esquizofrenia.

Si bien es abundante la producción de estudios parciales sobre la generación del estigma de las personas con enfermedad mental en España, son escasos los estudios que ofrecen un panorama integral de la producción y generación del mismo en todos los ámbitos de nuestra sociedad.

El desarrollo del siguiente trabajo inicia con el planteamiento del problema donde se menciona con claridad lo que se espera abordar, así mismo se desencadena el objetivo estratégico, lo cual es Analizar los factores que generan y refuerzan la estigmatización de la esquizofrenia y la repercusión que ello conlleva en el tratamiento de personas diagnosticadas con esta enfermedad.

Así mismo, se plantea necesario conocer en qué medida el estigma social es perpetuado por quienes realizan su labor en el ámbito de la salud mental (ya sean enfermeros, psiquiatras y psicólogos), ante quienes la ciudadanía se encuentra en una situación de “inferioridad” notoria. Lo que en este estudio se ha perseguido es detectar si existen situaciones en las que estas figuras que tienen una función pública se dejan llevar por los prejuicios sociales asociados al trastorno mental y si esto se traduce en la inducción de situaciones de discriminación. Conocer si esto se produce, cuál es el grado de sistematicidad de estas prácticas así como las medidas implementadas para su erradicación, resulta de vital importancia en el “mapeo” de la situación actual del estigma social de las personas con enfermedad mental en Colombia.

Por último, a modo de conclusión se muestra para cada uno de los ámbitos estudiados los principales elementos que pueden estar propiciando especialmente situaciones de discriminación y estigmatización y que se convierten en elementos y factores clave a abordar para lograr la inclusión social.

## Planteamiento Del Problema

Las enfermedades mentales como la esquizofrenia han sido estigmatizadas creando rutas difíciles de acceso hacia los servicios de salud mental en Colombia y en el mundo, generando cambios en el diagnóstico de estos pacientes. El Ministerio de Salud y Protección Social en el 2019 se hace referencia a las enfermedades mentales como un problema de salud pública, argumentando que es por el alto flujo de consultas y por los costos que ella implica en el sistema de salud (Ministerio de salud y Proteccion Social, 2018)

La estigmatización es un constructo social que incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos que se configuran como prejuicios, lo que conlleva a tener consecuencias discriminatorias hacia la persona estigmatizada ( Loubat O, Lobos, & Carrasco, 2017). Este fenómeno se ha traducido a lo largo de la historia y en diversos contextos sociales en una marca de estigma que los mantiene aislados del resto de personas o grupos minoritarios que presentan algún rasgo diferencial que los identifica. La estigmatización puede ser el resultado de la falta de conocimiento acerca del fenómeno o persona en particular (ignorancia); la generación de actitudes negativas (prejuicio); y la evitación o exclusión de la persona (discriminación). En el caso de la esquizofrenia, este fenómeno conlleva a que el paciente y su familia no sólo se vean afectados por la enfermedad sino también por el prejuicio asociado a peligrosidad y violencia que existe respecto del trastorno ( Loubat O, Lobos, & Carrasco, 2017).

La esquizofrenia a nivel mundial, tiene una prevalencia de entre 3,3 y 4,6 por cada mil personas (Ministerio de salud y Proteccion Social, 2018), es necesario señalar que el estigma hacia la persona con trastorno mental se manifiesta en diversos niveles de comportamiento social, dando paso a una guía de intercambio social que finaliza con un “ellos” y “nosotros”, 20

(Muñoz , Perez, Crepo, & Guillen, 2009). El fenómeno provoca repercusiones emocionales en quien estigmatiza tales como miedo, ansiedad, irritación y compasión. La percepción de que las personas con enfermedades mentales no poseen la capacidad de controlar su comportamiento siendo agresivos, violentos y peligrosos puede agravar los síntomas negativos de la esquizofrenia lo cual resulta nocivo a nivel emocional y conductual, repercutiendo en la calidad de vida y autoestima, encontrando una relación directa con síntomas de depresión y ansiedad (Muñoz , Perez, Crepo, & Guillen, 2009).

Las categorías de mayor preocupación son el área de peligrosidad asociada a la sensación de que los demás le temen; los pacientes desarrollan culpa, referida al desarrollo de la propia enfermedad; se encuentra entonces una pérdida de roles sociales, en términos de conflictos con amistades y vínculos amorosos; el miedo al rechazo, como la percepción de ser tratado diferente a los demás y a la dificultad para relacionarse adecuadamente. Estos autores señalan que las personas con esquizofrenia que perciben un mayor grado de estigmatización, puntúan más alto en sintomatología positiva y en discapacidad ( Loubat O, Lobos, & Carrasco, 2017).

La esquizofrenia a nivel mundial, tiene una prevalencia de entre 3,3 y 4,6 por cada mil personas (Ministerio de salud y Protección Social, 2018), es necesario señalar que el estigma hacia la persona con trastorno mental se manifiesta en diversos niveles de comportamiento social, dando paso a una guía de intercambio social que finaliza con un “ellos” y “nosotros”, 20 (Muñoz , Perez, Crepo, & Guillen, 2009). El fenómeno provoca repercusiones emocionales en quien estigmatiza tales como miedo, ansiedad, irritación y compasión. La percepción de que las personas con enfermedades mentales no poseen la capacidad de controlar su comportamiento siendo agresivos, violentos y peligrosos puede agravar los síntomas negativos de la esquizofrenia lo cual resulta nocivo a nivel emocional y conductual, repercutiendo en la calidad de vida y

autoestima, encontrando una relación directa con síntomas de depresión y ansiedad (Muñoz , Perez, Crepo, & Guillen, 2009).

Las categorías de mayor preocupación son el área de peligrosidad asociada a la sensación de que los demás le temen; los pacientes desarrollan culpa, referida al desarrollo de la propia enfermedad; se encuentra entonces una pérdida de roles sociales, en términos de conflictos con amistades y vínculos amorosos; el miedo al rechazo, como la percepción de ser tratado diferente a los demás y a la dificultad para relacionarse adecuadamente. Estos autores señalan que las personas con esquizofrenia que perciben un mayor grado de estigmatización, puntúan más alto en sintomatología positiva y en discapacidad ( Loubat O, Lobos, & Carrasco, 2017).

Lo anterior permite evidenciar como el estigma es un fenómeno lapidario para el sujeto con trastorno mental, atendiendo a este fenómeno la investigación busca conocer en nuestro contexto desde la experiencia de profesionales de la salud mental adscritos a diferentes centros de salud de la ciudad de Guadalajara de Buga, los factores que generan y perpetúan con mayor intensidad la estigmatización de la persona con esquizofrenia y describir las repercusiones que ello conlleva para la rehabilitación del paciente.

## **Pregunta De Investigación**

Con base en lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores que generan y perpetúan la estigmatización de la persona con esquizofrenia y cuál es la repercusión generada por la estigmatización?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar los factores que generan y refuerzan la estigmatización de la esquizofrenia y la repercusión que ello conlleva en el tratamiento de personas diagnosticadas con esta enfermedad.

### **Objetivos Específico**

- Describir los factores percibidos que generan la estigmatización en las personas con trastorno mental.
- Identificar los elementos o situaciones que refuerzan y mantienen la estigmatización de la enfermedad mental.
- Identificar las consecuencias que trae la estigmatización sobre la enfermedad mental en relación con el tratamiento.

### **Justificación**

Existen estudios que dan cuenta de que personas con trastorno mental grave vivencian las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y generalmente negativa, asimilando estereotipos de peligrosidad, de bajo control sobre sí mismos e incurabilidad. Se encontraron también estudios que afirman el incremento de la enfermedad mental, la esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más frecuentes y estigmatizadas hoy en día, afectando a 29 millones de personas en todo el mundo. Esta auto estigmatización trae consigo desmoralización y sentimientos de vergüenza; lo cual promueve al aislamiento, el estrés y se constituye como un factor que podría aumentar los riesgos de recaídas e incluso conducir al suicidio ( Loubat O, Lobos, & Carrasco, 2017).

Por tanto, la interacción social basada en el estigma, representa consecuencias negativas para el tratamiento de personas con trastornos mentales como la esquizofrenia.

En Colombia la salud mental es particularmente compleja, pues guarda una estrecha relación con adversidades socio histórico en cuanto a políticas, inequidades y desastres, tanto naturales como por violencia. A esto se suma a que no se ha encontrado que la literatura disponible resalte acciones del país en el sentido comunitario propuesto para el mundo; más bien se le reconoce como un país con una fuerte tendencia al estudio desde la psiquiatría y las neurociencias de los mecanismos neurofisiológicos, genéticos y comportamentales de los trastornos mentales y cuyo sistema de salud, de manera explícita, prioriza la rentabilidad de los servicios privados sobre los servicios públicos de salud, mas no como un país con avances importantes en la salud mental población.

Como documentos oficiales que direccionan el quehacer en salud mental en Colombia, se cuenta, en primer lugar, con la Política Nacional de Salud Mental (PNSM) , aprobada por medio de la Resolución 2358 de 1998, que contempla como objetivos “promover la salud mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental; mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases”; y, en segundo lugar, la Ley 1616 o Ley de Salud Mental, del 21 de enero de 2013 , de acuerdo con la cual:

La salud mental es de interés y prioridad nacional, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y del mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Ante esta situación, se hace necesario un mayor acercamiento al sistema de salud mental en el país, no precisamente a partir de la normatividad vigente y los informes técnicos que se han producido, sino a través de la cotidianidad de quienes viven el sistema desde diferentes roles laborales de tipo asistencial, administrativo, científico, directivo, legal, político y docente. La investigación permitirá generar aportes a la comprensión sobre la realidad en la implementación de las directrices nacionales en salud mental y orientar preguntas de investigación para el futuro sobre el sistema y las políticas de salud mental. También aporta a la bibliografía para consultar en este tema de investigación que ha sido poco estudiado en el contexto Colombiano.

En síntesis, la Ley de Salud Mental no se ha reglamentado y la PNSM no se ha implementado ni se ha actualizado. Ante este panorama, surgió la inquietud sobre la forma como funciona el sistema de salud mental en Colombia, desde la experiencia y la perspectiva de profesionales del campo de la salud mental. (Holguín, 2018)

### **Antecedentes y estado del arte**

A continuación, se presenta una compilación documental de estudios en torno a la enfermedad mental, dirigidos principalmente hacia la estigmatización de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

#### **Revisiones Nacionales**

El artículo “Estigma social hacia la enfermedad mental: factores relacionados y propiedades psicométricas del Cuestionario de Atribuciones-revisado” realizado por Rodríguez-Meirinhos (2020) buscó analizar la estructura interna de la versión española del Cuestionario de Atribuciones-revisado para evaluar el estigma social hacia la enfermedad mental en la adolescencia, se realiza con una muestra de 861 adolescentes de entre 12 y 16 años. Encontrando que los hombres mostraban más estigma que las mujeres, los autores refieren que el estigma social se relaciona con la familiaridad y el conocimiento sobre las características, la prevalencia y las causas de las enfermedades mentales; enfatizan la necesidad de implementar intervenciones para reducir el estigma mediante la mejora del conocimiento sobre la enfermedad mental y las oportunidades de contacto directo.

Se Realizó en unas áreas de Bogotá, Colombia una investigación sobre “Caracterización de la estigmatización a la enfermedad mental”, estudio descriptivo observacional de corte transversal, que aplica el cuestionario Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAMI) a una muestra de 310 personas mayores de edad, El análisis realizado da cuenta que el estigma hacia la enfermedad mental predomina en los hombres, personas con bajo nivel educativo, en las personas mayores de 60 años y en ocupaciones como 11 obrero, servicio doméstico y especialistas en mercadeo. De igual forma, la mayoría de las personas eran más autoritarias,

menos benevolentes y con predominio de conductas de rechazo social. Los resultados encontrados fueron acorde a los hallazgos en otros países, en donde también se aplicó el cuestionario Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAMI). Así pues, se evidenció que personas con ocupaciones que implican un mayor nivel educativo eran menos discriminadoras. Por otra parte, se determinó que las personas en general aceptan los servicios de salud mental y su función, siempre y cuando no tengan un contacto directo con ellos. Por último, se encontró que el desconocimiento sobre las enfermedades mentales es un factor importante dado que las personas que tenían más información, ya sea por conocer alguna persona con enfermedad mental o ser profesional de la salud, presentaron un menor estigma y actitudes positivas Meirinhos & Suárez (2020)

Existen pocos estudios que valoren la visión del estigma de quien padece la enfermedad, puesto que existe el prejuicio de que no son capaces de evaluar su propia situación personal debido al deterioro cognitivo.

Pinto Alvarez, (2020) en su trabajo de investigación Conocimiento, actitudes, opiniones y creencias sobre la enfermedad mental en adolescentes del tercer y quinto año de secundaria de la I.E. Jorge Basadre Grohmann, Arequipa, 2019.; refiere que el nivel de percepción determinado fue mayormente entre intermedias o bajas, y que estas mejoran conforme el alumno llega sus últimos años de estudio

El Instituto Nacional de Salud Mental en el 2013 presentó el Estudio Epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación (2012) donde se encontró que aproximadamente la mitad de los pacientes psiquiátricos no buscaba ayuda profesional debido a que creían que ellos debían solucionarlo por su cuenta y un bajo porcentaje, refirió que esto se debía a sus antecedentes de mala atención. Casi la mitad de las personas encuestadas afirmó que

aceptan a los pacientes psiquiátricos y que se encuentran dispuestos a brindarles ayuda. Cerca de la tercera parte de los familiares de pacientes psiquiátricos refirió que aceptaba su enfermedad.

Navarro Gomez & Tigreros Ramos, (2019) Realizó un estudio en el que comparaba la presencia o ausencia del estigma social con psicopatología y discapacidad. Los resultados muestran que las personas que tenían una mayor estigmatización de la enfermedad puntuaron más en sintomatología positiva y general, así como en discapacidad.

Estudio científico del año 2018 en el tema Psicología clínica y de la salud, psicopatología, escriben diferentes manuales sobre el tratamiento de las enfermedades mentales dentro de lo que ellos identifican como "Psicología Anormal". Con ello, abundaban en la tradición de mantener una nosología específica con la que identificar aquellos fenómenos psicológicos que no podían incluirse dentro de la normalidad. Pasarán algunas décadas hasta llegar a un consenso básico sobre el hecho de que los mecanismos cognitivos subyacentes que generan la enfermedad, son los mismos que operan en nuestra vida diaria, pero determinados en su expresión patológica por un déficit funcional o una malformación orgánica. Sin embargo, subyace la discusión de cómo describir la salud y la enfermedad mental. En este sentido Offer y Sabshin identifican, al menos, cinco modelos diferentes que definen los criterios más adecuados para describir la salud mental: - Salud como Ausencia de enfermedad - Normalidad estadística - Normalidad social - Proceso - Ideal utópico Moreno Herrero, (2014).

En Lima, D`Uniam (2017) en su estudio Estigma y actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales del Centro Materno Infantil Rímac, Lima 2016., determinó que existía relación entre el estigma y las actitudes estigmatizantes.

## Revisiones Internacionales

En la revista *Nature Molecular Psychiatry*, se realiza un estudio donde se enmarca en el consorcio internacional enigma para avanzar en la investigación que relaciona genes y enfermedades mentales. Éste se realiza con el fin de estudiar la materia blanca cerebral en esquizofrenia y está basado en la meta-análisis prospectivo de imágenes de resonancia magnética de 1.963 personas con esquizofrenia y 2.359 sujetos control de todo el mundo.

Estos nuevos hallazgos demuestran la existencia de alteraciones en el normal ‘cableado cerebral’ en pacientes con esquizofrenia y representa un primer peldaño en nuevas líneas de investigación biológica de la enfermedad”, sostiene Crespo-Facorro, director científico del IDIVAL. Además, apunta el investigador: “en los últimos años los estudios de neuroimagen cerebral están aportando evidencias relevantes en el conocimiento de las bases biológicas cerebrales de las enfermedades mentales. (Moisés Mebarak, 2009)

Los trabajos que se ocupan de la investigación en la esquizofrenia son muy numerosos en la actualidad y muestran el gran interés que ha despertado en el medio psiquiátrico el estudio de esta enfermedad respecto al origen biológico, como el que se relaciona en líneas anteriores. La esquizofrenia representa el tema central de las psicosis endógenas y su modelo más conspicuo. Sus peculiaridades han permitido comprender muchos de los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad mental y también la forma correcta de combatirla. (Garnica-Portillo)

La discusión clásica sobre el origen psicológico o biológico de la esquizofrenia ha cedido su lugar en el presente a un concepto integral que propone las raíces anatomofuncionales en equilibrada responsabilidad con los mecanismos psicosociales. El trabajo que relacionamos a continuación se ocupa de algunas investigaciones notables de los últimos años, sobre este

padecimiento aceptando de entrada que acabaremos sólo unos cuantos tópicos. Expresan querer apoyarse en las reflexiones, han provocado el tema como producto de sus experiencias en la División de Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS. La atención de estos investigadores se ha centrado recientemente en los estudios radiológicos realizados en el servicio. Los puntos sobresalientes que se resaltan en los hallazgos respecto al futuro de las investigaciones que han de conducir al conocimiento del origen y mejor tratamiento de la esquizofrenia son, 1. Los estudios genéticos, cuyo interés principal consiste en demostrar la existencia de uno o varios genes responsables de la aparición del padecimiento y la manera en la que puede llevarse a cabo su transmisión. 2. Los estudios radiológicos, incluidos aquellos realizados en nuestro hospital, que nos han orientado hacia la idea de que el paciente esquizofrénico podría tener diferencias cerebrales macroscópicas notables en comparación con las personas sanas. 3. Los nuevos medicamentos, los cuales ofrecen no solamente los mejores resultados para los enfermos, sino que han venido a proponer nuevas explicaciones sobre la etiopatogenia del padecimiento. (Garnica-Portillo)

Mora-Ríos & Bautista (2014) en su estudio Estigma estructural, género e interseccionalidad: Implicancias en la atención de la salud mental. Entre los hallazgos destaca el carácter estructural de la discriminación, la cual tiene repercusiones tanto para las personas afectadas por trastornos mentales graves como para el personal de salud. Por otra parte, en las narraciones de los entrevistados se evidencian ciertas barreras estructurales que inciden en la calidad de la atención, particularmente en el caso de aquellos usuarios que presentan múltiples condiciones de vulnerabilidad social que rebasan el alcance de los proveedores de servicios, constituyéndose en dilemas para éstos.

Las investigaciones revisadas aportan información relevante para la investigación de la enfermedad mental, en los últimos años distintas organizaciones internacionales han identificado el estigma producido por la enfermedad mental como uno de los problemas más importantes relacionados con la salud mental en nuestras sociedades. Entre los principales efectos del estigma se ha señalado su papel en las dificultades de acceso y mantenimiento del empleo, en el acceso a la educación e, incluso, en el acceso a la sanidad. 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 llega, incluso, a los profesionales que trabajan con personas con enfermedad mental. Siguiendo a los principales investigadores en este ámbito, el estigma se manifiesta en tres dimensiones: estereotipos, prejuicios y discriminación. Los estereotipos son estructuras de conocimientos socialmente aprendidas, que representan el acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas. Estas creencias, cuando se activan, pueden generar una serie de prejuicios o reacciones emocionales, generalmente de carácter negativo. Los prejuicios, en última instancia, pueden dar lugar a la discriminación, esto es, a todos aquellos comportamientos de rechazo y exclusión del grupo estigmatizado.

## **Marco referencial**

### **Marcos Teórico y Conceptual**

#### **Estigma sobre la enfermedad mental**

El estigma es un constructo social que incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamiento que está configurado como prejuicio y trae como consecuencias discriminatorias hacia la persona estigmatizada. Las personas que padecen algún trastorno mental son uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad, especialmente las que padecen esquizofrenia.

Es una problemática que afecta en gran medida a la población con enfermedades mentales que inicia cuando alguna persona te observa de manera negativa por una particularidad diferente a los demás. En la edad media el estigma fue considerado como una difamación y una acusación pública que consistía en marcar a un criminal por aquellos actos delincuenciales que había cometido; actualmente el concepto es utilizado en salud mental para exteriorizar aquellos diagnósticos que crean prejuicios contra otras personas (Muñoz , Perez, Crepo, & Guillen, 2009). Por otro lado Erving Goffman en 1963 introdujo el término “Estigma” haciendo la comparativa entre atributo y estereotipo, categorizando los tipos de estigma que pueden hallarse que van desde el físico hasta el mental haciendo alusión a la cantidad de consecuencias que pueden acarrear estar estigmatizados en la sociedad, en el caso de la enfermedad mental puede tener la ocurrencia de desarrollar síntomas asociados a su patología, por esta razón Goffman imparte una enseñanza y es de hacer conciencia frente a la estigmatización en la personas con enfermedades mentales como en este caso la esquizofrenia (Goffman, 2006).

La enfermedad mental (esquizofrenia) ha sido por muchas décadas estigmatizada por lo que implica padecerla; Duncan Pedersen en el 2009 en su artículo “estigma y exclusión social

en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervención”, menciona que el estigma es más característico de las relaciones interpersonales y de la vida en sociedad, lo que acarrea para el enfermo mental una meta casi imposible, pues dentro de su enfermedad posee una serie de signos y síntomas que hacen que se genere en la sociedad miedos y otras emociones que conllevan a una estigmatización por sus condición, lo define entonces como un concepto más dinámico que se construye en lo social que no se centra en un mismo conocimiento, sino que puede ir ligado a la exclusión, estereotipos, discriminación y prejuicios (Pedersen, 2005).

Dentro del modelo sociológico Howard Becker en 1960 y 1970 fue uno de los principales pioneros de la teoría del etiquetado, que se le atribuye a la ocurrencia de ciertas características que puede poseer un individuo y por lo cual hay un hecho aislado de una visión negativa y anticipada de la personas con enfermedad mental, crean entonces un estigma desviándose de la norma y creando la etiqueta dando espacio a que el enfermo mental agudice sus síntomas y además sea reacio al tratamiento y a la oportunidad de mejora y estabilidad ( Abreu, 2020); otro gran influyente fue Phelan que definió el estigma como una correlación que surge de una serie de relaciones articuladas, es decir a la etiqueta negativa de las personas con enfermedades mentales por sus condición y comportamientos atribuyendo la peligrosidad y los factores intrínsecos que afectan al enfermo mental, desde la perspectiva de discriminación haciendo un paralelo divisor entre el enfermo mental y el que no presenta ninguna discapacidad mental (López, y otros, 2008).

El estigma sobre la enfermedad mental como la esquizofrenia se puede evidenciar y observar desde diferentes perspectivas, como un modelo social y psicológico del cual también se encuentra un aporte teórico importante que fueron Langer en 1974 donde exponían sobre el etiquetado pero delimitado al cambio diagnóstico de la enfermedad mental, es decir, cada que el

enfermo mental se expone a cambios que lo llevaban a involucrarse directamente con lo social se observaba un cambio en el diagnóstico haciéndose notorio en su comportamiento y Corrigan en el 2008 se basó en el modelo psicosocial para mostrar el inicio del estigma haciendo énfasis en los comportamientos del enfermo mental, a lo que se refiere es que el estigma inicia cuando el enfermo mental de ver que padece de ella enseñando comportamientos que generan estereotipos que son fundamentados desde la cultura y las creencias mostrando prejuicios en contra del enfermo mental produciendo reacciones de ira y estrés (Muñoz , Perez, Crepo, & Guillen, 2009).

### *Esquizofrenia y diagnostico*

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta el pensamiento, las emociones, el lenguaje y la conciencia de sí mismo, causa delirios, fantasías y que modifican la conducta. En la historia se creía que las enfermedades mentales eran castigos divinos, en el año 1911 Bleuer afirmaba que la esquizofrenia o deterioro precoz no siempre causaba deterioro pero que, si se intervenía a tiempo se podría curar, Kraepelin por su parte acepto la crítica, pero en 1986 kraepelin lo definió como un inicio temprano y una evolución de deterioro, al mismo tiempo la categorizo como catatónica, paranoide y hebefrenica, durante el transcurrir del tiempo el diagnostico ha ido cambiando y mejorando en lo que respecta la categorización de la esquizofrenia, según lo anterior el DSM1 lo definió como Simple, Tipo hebefrenico, Catatónico, Paranoide, Agudo indiferenciado, Crónico indiferenciado, Tipo esquizoafectivo, Tipo infantil, Tipo residual”, el DSM-IV y DSMV lo definen como textualmente:

Trastorno psicótico que presenta al menos dos de estas características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamientos catatónicos, y síntomas negativos

(aplanamiento afectivo, abulia, alogia). Dichas características mencionadas anteriormente deben imposibilitar la vida cotidiana correcta del sujeto (Abeleira Padín, 2012).

La esquizofrenia posee el peor pronóstico siendo una de las enfermedades más desalentadoras y además que contienen altas cifras de mortalidad, en su primer proceso psicótico dentro de su diagnóstico se puede evidenciar que manifiesta un deterioro en las funciones psicológicas, problemas de adaptación social académica y laboral. Andreasen organizó los síntomas de la esquizofrenia en dos grupos negativos y positivos, siendo los positivos como el cambio de conducta, las alucinaciones y la desorganización del pensamiento y los negativos pueden pasar desapercibidos y silenciosos, es entonces la esquizofrenia una de las enfermedades que después de determinar su diagnóstico es carente de una adaptabilidad social, funcionalidad y calidad de vida (Cano, y otros, 2007).

El CIE-10 es el sistema de referencia vigente y de obligatorio cumplimiento en Colombia para el registro estadístico y la clasificación que provee la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM), que es de amplio uso en la práctica clínica. Durante el proceso de elaboración de la Guía se lanzó su última edición (DSM-5) y en lo relacionado con el diagnóstico de esquizofrenia hizo modificaciones significativas: eliminó la tipificación de la esquizofrenia por su limitada estabilidad diagnóstica, baja confiabilidad y validez y su limitación en términos de utilidad clínica; los síntomas “schneiderianos de primer orden” son considerados como cualquier otro síntoma positivo y la adición del requerimiento de por lo menos uno de los dos síntomas requeridos del criterio “A” debe ser: delirios, alucinaciones o pensamiento, pues son el centro de los “síntomas positivos” y se consideran necesarios para realizar un diagnóstico confiable (44, 50). Esto enmarca de forma diferente el diagnóstico y puede tener repercusión en la realización de un diagnóstico apropiado. Ministerio de salud y Protección Social (2012).

Se pueden evidenciar unos signos y síntomas precoces mediados de los dos años y un máximo de 4 años de edad en los que hiponotividad y los movimientos anormales de las manos inician y a la edad de los 8 años pueden desaparecer sin rastro alguno, estos anteriores van acompañados de problemas cognitivos y sociales muy tempranos que pueden permanecer y seguir en la adolescencia paulatinamente y agravarse después de los 10 años de edad todo lo anterior esta basado en hijos de madres con esquizofrenia (Vázquez, sf), siguiendo así se puede aclarar que en personas que no han tenido antecedentes de sufrir esta enfermedad pueden llegar a percibir estos síntomas a partir de los 32 y 45 años de edad aclarando que es en los hombres donde se presenta con mayor frecuencia esta enfermedad y las mujeres en un menor porcentaje de que puedan llegar a padecer ( Sánchez, Téllez, & Jaramillo, 2012).

### **Tratamiento**

El tratamiento en enfermedades como la esquizofrenia como primera instancia consiste en disminuir y generar control en la ocurrencia de síntomas, es decir intervenir en los signos y síntomas que se pueden presentar durante su evolución y diagnóstico, con lo anterior es importante tener en cuenta el grado de gravedad que el paciente este presentando y así mismo se acoplara al tratamiento, como bien sabemos la esquizofrenia en una enfermedad crónica con alta probabilidad de ocurrencia a recaída por lo cual se debe evaluar el paciente para después elegir el mejor antipsicótico para el paciente y además que el efecto sea el que se busque.

Para el tratamiento se considera la naturaleza de la enfermedad, es decir si la enfermedad apenas se inició donde se tendrá mayor incidencia a actuar con violencia, además si se asocia al consumo desmedido de consumo de diferentes alucinógenos y alcohol que conlleva a un estado psicótico de difícil manejo, razones por la cual es necesario que el paciente presente redes de apoyo como la familia que ayuden a establecer reglas en la toma de medicamentos y en el

proceso psicoterapéutico que en estos casos es de vital importancia para la recuperación y el mantenimiento de esta. El Ministerio de Salud en 2014 en la guía práctica para el manejo de paciente con esquizofrenia menciona que los riesgos de recaídas en estos pacientes es alta, existen determinantes que pueden provocar una alteración, dentro de esos factores se encuentra como el contexto social, el aislamiento social, el rechazo y el abandono por parte de la red de apoyo (familia), (Ministerio de salud y Protección Social, 2018).

Actualmente las conductas respecto al tratamiento van encaminadas a la erradicación de la enfermedad, eliminación de la sintomatología y a los tratamientos farmacológicos, dejando a un lado el aspecto humano y social. No se conocen las causas de la esquizofrenia, pero los investigadores piensan que la combinación de la genética, la química del cerebro y el ambiente contribuye al desarrollo de este trastorno.

Los “programas de empoderamiento personal” serían la mejor estrategia para disminuir el estigma internalizado. Estos programas implican potenciar los recursos personales de cada persona con enfermedad mental, generando mayor autovalencia y control de sus vidas. Cabe señalar que dichos programas son desarrollados tanto por profesionales como por ex pacientes del sistema de salud.

Un factor facilitador para este tipo de intervención es establecer una relación más equitativa entre profesionales y pacientes, en la que estos últimos tengan un rol activo en los planes de atención sanitaria, y exijan su derecho a la autonomía. Este tipo de intervención genera, en los individuos con una afección mental, una mayor motivación a buscar información y agruparse con otros individuos con condiciones semejantes, así como también una mejor adherencia a los tratamientos. Por otra parte, se han reportado intervenciones individuales por medio de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para personas con estigma internalizado,

comprobándose la eficacia de la TCC para aumentar la autoestima, la autoeficacia, el bienestar subjetivo y reducir las creencias negativas asociadas a la enfermedad. Con respecto al estigma hacia la familia, entre las intervenciones que se han aplicado con mayor frecuencia están las de tipo comunitario. Éstas se fundamentan en estrategias de apoyo, contención, psicoeducación y entrenamiento para modular las eventuales crisis que podrían presentar los pacientes. Un estudio realizado por Perlick reportó que en un grupo de 158 familiares-cuidadores de personas con un trastorno mental, una estrategia de intervención familiar comunitaria para reducir el estigma, conducida principalmente por otros familiares, redujo significativamente el estigma familiar. Según Beate Schulze, es clave involucrar a los profesionales de la salud en los programas anti estigma, con el fin de comprometerlos en una tarea que implique cercanía y apoyo constante a los pacientes y familiares afectados por el estigma. Si dichos programas se enfocan hacia el autocuidado de los profesionales, además de la educación profesional continua y el contacto directo y cercano con los pacientes, es de esperar que las actitudes estigmatizadoras se reduzcan o se mantengan en un nivel bajo. Además, tal como afirma Corrigan, si las intervenciones que incluyen contacto con pacientes o ex pacientes se dirigen a grupos sociales “clave” por ejemplo, empleadores, proveedores de salud mental, profesionales de justicia criminal, diseñadores de políticas, los medios de comunicación su probabilidad de éxito será mayor ( Mascayano Tapia, Lips Castro, Mena Poblete, & Manchego Soza, 2015).

### **Marco Político y Legal**

El Ministerio de salud y Protección social (2013) realizó una campaña en el que se defiende el derecho a que todos los colombianos posean una salud mental, en el que se expone:

“El derecho a la atención oportuna y digna, bajo los preceptos positivos de salud mental, salud integral y Atención Primaria en Salud para responder a las necesidades y demandas poblacionales, son algunos de los aspectos a destacar de la Ley de Salud Mental”

La ley 1616 de 2013 obliga al ministerio de salud y protección social a brindar un adecuado trato y además que se le brinde todos los derechos a los colombianos que posean una enfermedad mental haciendo hincapié en lo siguiente:

La adecuación de los servicios en el marco del Plan Obligatorio de Salud (POS). El enfoque preferencial a niños, niñas y adolescentes.

La implementación de acciones integrales para prevenir conductas como el acoso escolar, el estigma y la discriminación, violencias, y la conducta suicida.

El fortalecimiento de la salud mental comunitaria, involucrando de manera activa a los pacientes, cuidadores, familias y sus organizaciones, y a la misma academia, en las diferentes modalidades de atención en salud mental.

La creación de un instancia especializada a nivel nacional denominada Consejo Nacional de Salud Mental, integrado por el Ministro de Salud y Protección Social o viceministro delegado, el Defensor del Pueblo, el Director de Promoción y Prevención, un representante por cada uno de los colegios o asociaciones profesionales que determina la Ley, dos representantes de los prestadores de servicios de salud, dos representantes de las asociaciones de pacientes, un representante de las facultades de ciencias de la salud, uno de las ciencias sociales y un representante de organizaciones sociales y comunitarias. Ministerio de salud y protección social (2013).

En el 2008 la OMS (Organización Mundial De La Salud) crea el proyecto Quality Rights de la OMS que tiene como objetivo mejorar la asistencia y el respeto de los derechos humanos en la asistencia de centros de salud mental y social con el fin de promover y fortalecer la salud mental en las personas. En el 2013 y 2020 la OMS lanza un plan de acción en el que resalta las medidas necesarias para proporcionar una atención adecuada a las personas que padecen enfermedades mentales.

## **Metodología**

Para responder a los objetivos del estudio se llevó a cabo un diseño cualitativo-descriptivo, la investigación busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean (Hernández 2014), así como la descripción de los acontecimientos sin que se refiere a comprobar explicaciones o hipótesis. Las etapas de la investigación descriptiva, permiten de manera global definir con claridad las características del objeto de estudio, manifestar la forma en que se ejecutarán las observaciones, especificar las técnicas o instrumentos a utilizar, recopilar los datos y presentar los resultados de manera pertinente.

Para la aplicación de los instrumentos y continuidad con el proceso investigativo se generó para cada participante un consentimiento informado el cual garantiza confidencialidad, anonimato y la posibilidad de retiro de la investigación en caso de manifestar deseo de no continuar.

## **Población y Muestra**

### **Población**

Para la investigación se trabaja con profesionales de la salud mental con una experiencia mínima de cinco años en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia y para el sondeo de la percepción que tiene las personas hacia la esquizofrenia se abordan a personas del común adultas que residen en Guadalajara de Buga.

### ***Muestra***

La unidad de muestreo identificada para el trabajo de campo y la aplicación de herramientas propiamente se enfoca en el método de selección por variable identificada, según Ackoff (2007) señala la importancia de definir variables identificables entre individuos o referentes de campo de la investigación. Para el grupo de profesionales se empleó un procedimiento de muestreo de conveniencia para su selección, los profesionales fueron contactados a través de la técnica de bola de nieve. En la investigación participan cinco (5) profesionales de la salud mental con una experiencia mínima de cinco años en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia: un psiquiatra, cuatro psicólogos, y un formador, este último tiene un rol de cuidador y vigilancia del paciente con esquizofrenia para que cumpla con las actividades que fomentan a la recuperación y mantenimiento de la enfermedad.

Para la aplicación del instrumento sobre las actitudes hacia las personas con esquizofrenia se seleccionan aleatoriamente 50 personas que voluntariamente deciden participar de la investigación.

## Variables o Categorías de Análisis

**Tabla 1: Definición de Categorías**

<b>Categoría</b>	<b>Descripción</b>
<b>Conocimiento sobre la esquizofrenia</b>	Se entiende como conocimiento como el nivel de información adquirido a partir de la formación o experiencia, para la investigación este conocimiento se relaciona con la información sobre enfermedades mentales, específicamente la esquizofrenia. Desde la experiencia del profesional se valorará la comprensión teórica o práctica en el área de intervención con este tipo de patología.
<b>Factores que generan el estigma.</b>	Situaciones y/o acciones que conllevan a generar atributos o actitudes hacia la enfermedad mental.
<b>Factores que refuerzan el estigma.</b>	Situaciones y/o acciones que conllevan a reforzar las actitudes y prejuicios hacia la enfermedad mental
<b>Actitudes hacia la enfermedad mental</b>	Descripción de comportamientos percibidos hacia las personas con diagnóstico de esquizofrenia.
<b>Consecuencias</b>	Descripción de la afectación del estigma en los pacientes en relación al tratamiento.

---

Fuente: Elaboración propia, 2021

## **Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información**

Para la obtener mayor información en la investigación se plantea indagar sobre las actitudes de las personas hacia la enfermedad mental y analizar desde la experiencia de profesionales de la salud los factores que generan y refuerzan el estigma, de acuerdo a lo anterior se aplican los siguientes instrumentos:

### **Cuestionario de actitudes hacia las personas con enfermedad mental: CAMI**

Este cuestionario llamado CAMI evalúa las actitudes que tienen las personas con enfermedades mentales en este caso la esquizofrenia. Este Cuestionario fue elaborado por Taylor & Dear (1981) apoyándose en la Escala de opiniones sobre la enfermedad mental OMI, esta escala evaluó las actitudes de la sociedad hacia sujetos con enfermedades mentales

Contiene un sentido positivo y otro en sentido negativo, y un formato de respuesta tipo Likert de cinco alternativas que van desde “totalmente de acuerdo” hasta “en total desacuerdo”. La consistencia interna del instrumento original muestra niveles aceptables para cada subescala, ( Grandón Fernández, Saldivia Bórquez, Cova Solar, Bustos, & Turra Chaves, 2016)

### **Entrevista semiestructurada**

La entrevista es una técnica de investigación cualitativa que consiste en generar preguntas en relación a un tema, con el fin de conversar con los participantes y poder profundizar en los conceptos y formas de pensar en relación al fenómeno de estudio teniendo en cuenta la estructura básica de la entrevista.

La entrevista semiestructurada se genera bajo las siguientes categorías de análisis:

- Nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental (esquizofrenia).
- Factores que generan y perpetúan la estigmatización.
- Repercusiones para el tratamiento del paciente.

### Diseño de Entrevista semiestructurada

Categoría	Preguntas orientadoras
<p><b>1. Conocimiento sobre la esquizofrenia</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Nivel de incapacidad de la enfermedad</b></p> <p>1) De acuerdo a su experiencia y conocimiento en qué áreas de la vida del ser humano, una persona con enfermedad mental como la esquizofrenia, puede ser menos competente, cuando digo áreas de la vida hago referencia a el área laboral, académica, familia, pareja, relaciones sociales. -En cuál de esas áreas puede tener mayores dificultades o un “nivel de incapacidad mayor - ¿Qué lo hace pensar que es en dicha área donde se encuentra un nivel mayor de incapacidad?</p> <p>En una entrevista de trabajo, ¿qué dificultades cree que tendrá una persona afectada por una enfermedad mental?:</p> <p>Las personas con enfermedad mental, como la esquizofrenia, ¿pueden formar un hogar?</p> <p>¿Considera usted que el enfermo mental puede involucrarse y desarrollar habilidades y competencias?</p> <p>¿Considera que una persona con una enfermedad mental es peligrosa?</p> <p style="text-align: center;"><b>Tratamiento y manejo</b></p> <p>¿Qué tratamiento considera usted que es el más indicado para el manejo de la esquizofrenia?</p>
<p><b>2. Factores que generan el estigma.</b></p>	<p>De acuerdo a su experiencia en el área de la salud mental, ¿Cuáles son los factores sociales que considera usted, estigmatizan a las personas con enfermedad mental?</p> <p>¿Cuál cree que es el motivo por el que la enfermedad mental causa rechazo?</p> <p>¿Cree usted que a la sociedad le falta información sobre la enfermedad mental?</p>

Categoría	Preguntas orientadoras
	¿Qué imagen dan los medios de comunicación de las personas con enfermedad mental?
<b>3. Factores que refuerzan el estigma.</b>	<p>Cree usted que el paciente con esquizofrenia tiene comportamientos muy marcados que lo identifican como un paciente con enfermedad mental, es decir, en el contexto social usualmente</p> <p>¿Cómo se comporta un paciente con esquizofrenia?</p> <p>¿Cuáles son los comportamientos más usuales que los pueden identificar como pacientes con enfermedad mental?</p>
<b>4. Actitudes hacia la enfermedad mental</b>	<p>¿Cuál es la actitud de la gente hacia la población con enfermedad mental?</p> <p>¿Cuáles son los diferentes nombres que la sociedad utiliza con más frecuencia hacia la persona con esquizofrenia?</p>
<b>5. Consecuencias</b>	¿Qué comportamientos adopta el enfermo mental ante la ocurrencia de estigma?

---

Fuente de elaboración propia.

### Técnica de análisis de resultados

Los instrumentos metodológicos a nivel cualitativo se generan a partir de la operacionalización de conceptos y variables, la cual establece significados para los términos del estudio y la en la estipulación de las situaciones observadas, por medio del ordenamiento de la información, la codificación la cual hace referencia a la agrupación de la “información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador, o los pasos o fases dentro de un proceso” (Rubin y Rubin, 1995 citados por Fernández Núñez, 2006) posteriormente se integrará la información, es decir, se relaciona la información para generar una explicación integrada de cada instrumento y los hallazgos encontrados.

En el siguiente apartado se explica los puntos en los que consiste la técnica de análisis de la información en investigaciones cualitativas bajo las técnicas de entrevistas individuales con el fin de encontrar puntos en común y apreciaciones, creando una relación de comunicación entre las investigadoras y los sujetos, lo cual permite disminuir el impacto de la intervención en el estudio. La medición de la calidad y objetividad de la investigación se genera mediante los criterios de validez y fiabilidad de resultados, para la investigación se generará mediante:

- Validación de la construcción: la cual ayuda a establecer los factores que serán estudiadas y las medidas operacionales correctas para los conceptos que serán estudiados, para esta prueba se utilizará la triangulación lo que permitirá observar la congruencia o disimilitud durante el transcurso desde la obtención de datos.
- Validez interna: la cual permite establecer las relaciones causales, como procedimiento se genera el establecimiento de patrones de comportamiento, construcción de la explicación del fenómeno desde el análisis de datos, generados a través del relato de la experiencia.

### **Análisis de material empírico**

Para el análisis e interpretación de los datos cualitativos se generan diferentes categorías atendiendo los elementos principales planteados en la investigación, en cada categoría se discriminaron una serie de subcategorías respondiendo a indicadores aportados por el sujeto. Se debe tener presente que en el proceso interactivo de recopilación y análisis de datos este puede conducir al surgimiento de nuevas categorías (emergentes) durante el proceso de interpretación y teorización que pueden conducir resultados relevantes.

## **Etapas para el análisis de los resultados**

### ***Etapa 1: Develamiento***

Primera lectura de entrevistas y material: Con el fin de tener una familiarización con los datos empíricos y la identificación de temas recurrentes del discurso, se hace un reconocimiento del contenido de las entrevistas teniendo en cuenta:

- Palabras frecuentes o parecidas
- Temas en común
- Divergencias.

### ***Etapa 2: Construcción de categorías***

Segunda lectura de las entrevistas: A partir de la segunda lectura se registra una lista de los temas, palabras, emociones reiteradas de los entrevistados, se podrá usar el método del subrayado o escritura de fragmentos recurrentes, lo que permitirá la conformación de categorías de análisis, en este punto, se asignan códigos. Se debe tener presente que ya previamente existen unas categorías y que estas se pueden complementar de acuerdo a los hallazgos obtenidos.

En esta etapa se hará una construcción provisional de las categorías, que para este caso pueden complementar las ya existentes (descritas en la tabla de categorías y subcategorías).

### ***Etapa 3: Consolidación de categorías***

En esta etapa, las categorías provisionales pasan al estatus de definitivo. Para ello, se hace una nueva revisión de análisis, con el fin de tener una visión más integral, se tendrá como

base el marco de referencia y la intuición del investigador, de esta manera se hará una aprobación de categorías y descarte de otras.

#### **Etapas 4: Resumen conclusivo**

En esta etapa, se genera una tabla un poco extensa, la cual es útil para extraer conclusiones de las diferentes opiniones recogidas de las entrevistas.

#### **Consideraciones éticas y bioéticas de la investigación**

El proyecto de investigación se suscribe a la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos de 2005, asumiendo el compromiso de:

- Respetar la dignidad humana, derechos y libertades; potenciar los beneficios para los participantes de la investigación; respetar la autonomía de las personas que participen en la investigación; solicitar el consentimiento informado basado en la información veraz, explicando claramente los objetivos de la investigación, con libertad de ser revocado.
- Si fuere el caso, se solicitará el consentimiento informado al representante legal de instituciones que apliquen para la presente investigación. Además, se garantizará el respeto por la integridad personal; el derecho a la privacidad y el tratamiento confiable de los datos.
- Se respetará la igualdad fundamental a todos los seres humanos implicados, que serán tratados con justicia y equidad, sin ningún asomo de discriminación o estigmatización.
- Se respetará la diversidad cultural, el pluralismo y las formas diferentes de pensar, fomentando la solidaridad y cooperación.

- Los resultados de la investigación contribuirán a disminuir las situaciones de marginación y exclusión de las personas, sobre todo de las más vulnerables; igualmente los resultados de la investigación serán compartidos a la sociedad, promoviendo el acceso a los conocimientos que de ella se deriven.
- Se promoverá el profesionalismo, la honestidad, la integridad, la transparencia en las decisiones que se tomen en el desarrollo del proyecto, si hubiere conflictos de interés y para el aprovechamiento compartido del conocimiento.

## **Resultados**

A continuación se genera la relación de los diferentes resultados desde la aplicación del instrumento (Cuestionario CAMI) y la aplicación de las entrevistas. El primero hace parte del cuestionario aplicado donde se encuentran algunos elementos en porcentaje, se realiza una descripción de los datos de los resultados de manera amplia, para llevar a la comprensión las situaciones encontradas; lo cual se analiza más adelante en el apartado de discusión, al igual que las entrevistas en las cuales se hace un consolidado de cada una de ellas.

### **Actitudes hacia las personas con enfermedades mentales**

La investigación busca comprender el estigma social hacia las personas con enfermedades mentales como la esquizofrenia, para ello se plantea ampliar un poco respecto a esta variable, con la aplicación del cuestionario CAMI, el cual fue aplicado de manera aleatoria a un total de 50 personas que participan de manera voluntaria, obteniendo la siguiente información:

Los participantes en un 64% que contestaron el cuestionario son mujeres, el 36% restante son hombres, entre edades de 16 a 60 años, estos participes en un 76% son de la zona rural y en un 24% son de la zona urbana, respecto al nivel educativo estos se encuentran entre técnicos bachilleres y profesionales siendo el técnico el más alto nivel educativo de los participantes; dentro de la probabilidad de que convivieran o tuvieran cercanía con personas con enfermedades mentales se obtuvo un resultado de 83.3% con respuesta de “No” tienen familiares ni conocidos con esquizofrenia, con 16.7% con respuesta de “Si” tienen la cercanía a personas con esquizofrenia, a continuación entonces se hará un resumen de la tendencia de cada ítem determinando en porcentaje las respuestas negativas:

Las personas encuestadas señalan en un 60% estar “de acuerdo” en que se hospitalice a las personas con trastorno mental en caso de alteraciones, un 34% respecto a esta afirmación refiere estar “muy de acuerdo”, tan solo un 2% marcan respuesta neutral y un 4% “en desacuerdo”. Para la afirmación sobre si las personas con esquizofrenia deben de estar aisladas de la comunidad, un 42.9% responde estar “en desacuerdo”, sin embargo, el 30.6% afirma estar “de acuerdo”, un 16.3 % tomaron una postura neutral; respecto a la variable de la terapia, en relación a si la mejor terapia para las personas con enfermedad mental es formar parte de la comunidad, un 46% afirma estar “de acuerdo”, un 24% estuvo en “desacuerdo y 24% igual están en una posición “neutral”. En consideración a si los pacientes con esquizofrenia representan una carga para la sociedad, el 49% responde estar en “desacuerdo”, no obstante, un 24,5% responden estar "de acuerdo" y en neutralidad el 18.4%. Para la pregunta sobre si, se debiese dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedades mentales, se obtuvo que un 38.8% considera estar en “desacuerdo”, sumado un 8.2% que están “muy de acuerdo”, la tendencia a favor está en un 36.7 que están “de acuerdo”. Para el cuestionamiento relacionado con la inversión de dinero público para los servicios de salud, la cual hace referencia a que si gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro, se encuentra que el 60% de los encuestados esta “en desacuerdo”, un 20% está “muy en desacuerdo”, siendo porcentajes muy importantes, seguido del 10% que está “de acuerdo” y 8% dan respuestas neutrales. En cuanto a la afirmación “No me gustaría estar al lado de una persona con enfermedad mental” el 28.6% está “de acuerdo” en que no le gustaría, un 20,4% son respuestas neutrales, un porcentaje importante representado por el 38.8% “en desacuerdo” y 10.2% "muy desacuerdo" afirman que no están en desfavor. Respecto a la actitud tolerante, si se considera que la sociedad necesita mayor tolerancia hacia las personas

con enfermedad mental, el 46% están”, seguido del 40% que están “de acuerdo” y un 8% se ubican en la respuesta neutral.

Para la investigación se realizan entrevistas en profundidad con profesionales del área de la salud, quienes tienen experiencia en la intervención con población diagnosticada con esquizofrenia, para efectos de confidencialidad se genera la codificación por cada participante, a continuación, se hace la relación del participante y su profesión.

- Participante 1: formadora
- Participante 2: Neuropsicóloga.
- Participante 3: Psiquiatra
- Participante 4: Psicóloga
- Participante 5: Psiquiatra

A continuación se relacionan las tablas de acuerdo a las categorías de análisis y de acuerdo al ejercicio de develamiento de los datos se consolida los testimonios de los participantes en relación a:

1. Conocimiento sobre la esquizofrenia
2. Factores que generan el estigma.
3. Factores que refuerzan el estigma.
4. Actitudes hacia la enfermedad mental
5. Consecuencias

## Consolidado de análisis de entrevistas: Factores que generan y refuerzan el estigma

**Tabla 1. Matriz de análisis Categoría 1: Conocimiento sobre la esquizofrenia**

Subcategoría	Testimonio	Comentarios del investigador	Material bibliográfico con el que se da solidez a la investigación
Diagnóstico y Comportamiento-observable	<b>Diagnóstico y Comportamiento-observable</b>	Ha tenido experiencias significativas frente al proceso con pacientes con esquizofrenia.	Respecto a la calidad de vida Urzua (2010, considera que la calidad de vida es un nivel de bienestar que es posible alcanzar a través de un buen estado de salud, y que se infiere
Funcionalidad social y laboral	<b>Participante 1:</b> "yo creería que, o sea las personas con esquizofrenia se les ve mucha la deficiencia en las relaciones sociales y que esto también repercute en el área de la vida laboral".	Dentro de lo que se pudo percibir es que ha tenido una gran experiencia en el manejo de pacientes con enfermedades mentales como la esquizofrenia.	"de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud", por tanto, es importante que pacientes con esquizofrenia puedan vivir de manera normalizada una vida laboral, social, etc., que les permita mejorar su calidad de vida en relación a la enfermedad.
Tratamiento	<b>Participante 1:</b> " puede mostrar aislamiento, retraimiento silencio poca capacidad para expresar emociones, o sea son muy planos emocionalmente".	La participante conoce cuales son las diferentes formas de tratar a una persona con enfermedad mental.	Domínguez, González, Baena y Fernández en el 2004
	<b>Participante 2:</b> "El diagnóstico de la esquizofrenia generalmente aparece en la adolescencia en la juventud o la adultez, dependiendo pues si es hombre o mujer, 23 años 32 es más tardía un poco en las mujeres".	Según los participantes las personas con enfermedades mentales, pueden conformar un hogar, siempre y cuando se tenga un tratamiento adecuado con acompañamiento familiar.	Mencionaban que las intervenciones familiares son imprescindibles dentro de la evolución y la atención de los pacientes con esquizofrenia.
	<b>Participante 4:</b> "Ninguna, obviamente depende de la enfermedad, si estamos hablando de una enfermedad compensada no debe de haber ningún problema todos tenemos un cobro de afecto a nivel mental. Tienen una Concepción mal errónea de lo que son las enfermedades mentales como tal."	Desde el punto de vista laboral, se observan testimonios donde hacen referencias la mayoría de los participantes que una persona con enfermedad mental presenta mucha dificultad en el área social y específicamente laboral, porque sus capacidades psicosociales se encuentran débiles.	Según Alves, Cirera y Giuliani (2013) la calidad de vida es aquella experiencia emocional que se desarrolla con actividades productivas en el contexto laboral, y significa abordar aquellos efectos de la realidad sobre el bienestar de las personas, al focalizar sus consecuencias en nuestra existencia y en los resultados de las organizaciones.
	<b>Participante 5:</b> "En cuanto el área que puede afectar o presentar mayor dificultad puede ser el área laboral sin embargo todas las áreas se verían comprometidas, pero en la laboral que requiere de conocimientos u habilidades más específicas para los cuales algún síntoma de la esquizofrenia no permitiría un adecuado desempeño".	Para que exista una inclusión y un bienestar integro para las personas con enfermedad mental, es importante establecer redes de apoyo familiar, social, educativo, con la mano de las	Según Montaña, Nieto y Mayorga (2013) la esquizofrenia es un trastorno que debe tener un tratamiento que
	<b>Participante 5:</b> Por lo general las personas que están sufriendo una enfermedad mental no cuenta la plenitud de sus facultades mentales físicas para enfrentarse a una entrevista de trabajo, de hacerlo deben tener claridad sobre su trastorno con el entrevistador para que pueda ser evaluado teniendo presente su enfermedad y si puede o no aspirar al cargo."		

Subcategoría	Testimonio	Comentarios del investigador	Material bibliográfico con el que se da solidez a la investigación
	<p><b>Participante 5:</b> “Si dependiendo del cual sea el diagnóstico de la persona, sus síntomas, si está o no en tratamiento, de si está tomando medicación o si es una persona que no sabe que tiene un trastorno mental o sus conocidos tienen desconocimiento de este.”</p> <p><b>Funcionalidad social y laboral</b></p> <p><b>Participante 1:</b> "pues sí, yo he visto gente que logra conformar un hogar con esquizofrenia, pero pues presentan muchos déficits, muchas veces o sea esa conformación no dura mucho".</p> <p><b>Participante 2:</b> “yo podría decir que afecta todas las áreas de su vida diaria, por qué? Porque la dificultad social, ósea nosotros somos seres sociales como tal y si tenemos en el caso la esquizofrenia paranoide una persecución por algo específico eso nos va afectar tanto en la vida familiar como en la vida social, tanto como en lo laboral".</p> <p><b>Participante 3:</b> "yo creo que en estos momentos como están planteados los modelos laborales y como se clasifica el desempeño digámoslo, una persona hace que sea muy difícil para un paciente con una patología mental van a ser incapaces de desempeñarse laboralmente".</p> <p><b>Participante 4:</b> “uno de los objetivos principales es que el paciente se reubique en la sociedad. Para que esto se cumpla debe de haber un concepto social familiar, cuidados toma de medicamentos administrados por terceros, y ellos no lo van a tomar, debe de haber un acompañamiento y aún si tiene síntomas residuales, dinámicamente estable.”</p> <p><b>Participante 4:</b> "Depende de la enfermedad la esquizofrenia no tiene que ser totalmente incapacitante, con buenas herramientas buenos controles buenas terapias el paciente que se conserva un poco de funcionalidad”</p> <p><b>Participante 5:</b> “En cuanto el área que puede afectar o presentar mayor dificultad puede ser el área laboral sin embargo todas las áreas se verían comprometidas, pero en la laboral que requiere de</p>	<p>personas del área de salud. Mencionan los participantes.</p> <p>El participante tres, su punto de vista ante la esquizofrenia los considera incapaces especialmente en el área laboral, debido a la gran complejidad que esta genera. Por otro lado, piensa que las personas con enfermedad mental son vulneradas a través de los mitos y prejuicios.</p> <p>Mientras se tenga un control sobre la enfermedad por supuesto que pueden restablecer y formar un hogar, además que para ellos sería una evolución dentro de su enfermedad.</p> <p>Es mucho más importante el contexto familiar, la red de apoyo que tenga el paciente que cualquier otra cosa, manifiesta que sin esa red de apoyo es difícil que el paciente logre estar estable.</p> <p>El conjunto de cada una de las especialidades aporta al enfermo mental una evolución mucho más sólida y con larga mejoría.</p> <p>En algunas situaciones debe ser necesario realizar estas intervenciones por el inminente daño que se puede ocasionar así mismo e n momento de descontrol, pero también creo necesario apoyarse en otras ayudas diagnósticas que determinen que el paciente necesita de esa ayuda dentro</p>	<p>conlleva un alto costo ya que se presenta una gran carga no tan solo en el paciente, sino en sus cuidadores, en la comunidad entera y sistema sanitario.</p> <p>Según la organización mundial de la salud los psicofármacos son esenciales para el mantenimiento y la evolución del paciente con enfermedades mentales, Por esta razón la OMS (organización mundial de la salud) Los psicofármacos esenciales deben estar siempre disponibles en todos los niveles de la atención de la salud y deben figurar en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales.</p> <p>Mariano Hernández en el 2004 menciona que se debe hacer un acompañamiento permanente con el fin de ayudar a pasar las barreras y dificultades que se le presente a diario.</p> <p>El ministerio de salud en el 2014 señala que es necesario los métodos de evaluación diagnóstica complementarios.</p>

Subcategoría	Testimonio	Comentarios del investigador	Material bibliográfico con el que se da solidez a la investigación
	<p>conocimientos u habilidades más específicas para los cuales algún síntoma de la esquizofrenia no permitiría un adecuado desempeño. Por lo general las personas que están sufriendo una enfermedad mental no cuenta la plenitud de sus facultades mentales físicas para enfrentarse a una entrevista de trabajo, de hacerlo deben tener claridad sobre su trastorno con el entrevistador para que pueda ser evaluado teniendo presente su enfermedad y si puede o no aspirar al cargo.”</p> <p><b>Participante 5:</b> “Si pueden, pero es una condición especial que requiere del acompañamiento y comprensión de su red de apoyo”</p> <p><b>Tratamiento</b></p> <p><b>Participante 1</b> "pues el de medicación para lograr que se estabilice la persona biológicamente y la psicoterapia para conductuar a la persona a las necesidades del entorno".</p> <p><b>Participante 2:</b> " Farmacológico indudablemente de forma prioritaria psiquiatría y el tratamiento psicológico también no solamente con el paciente con esquizofrenia, si no con su núcleo familiar ellos también comienzan a identificar síntomas y signos que indiquen cuando esta persona que está dentro de su entorno no se encuentra bien y cuando hay que buscar ayuda o cuando el medicamento se debe ajustar".</p> <p><b>Participante 3:</b> "también, creo que aún falta mucho algunas intervenciones desde la parte de la salud pública para sensibilizar a las personas y a la población general para que puedan haber un trato mucho más incluyente de estas personas con patología mental".</p> <p><b>Participante 4:</b> " Tratamiento: integral, 1, con el psicoterapeuta hospital-día 2. Valoraciones por psicología de manera personalizada, 3, seguimiento por psiquiatría"</p>	<p>del centro psiquiátrico. Según los testimonios, es fundamental conservar la ingesta de medicamentos dentro de un tratamiento, porque permite estabilizar el paciente biológicamente.</p> <p>Según los testimonios hay poco apoyo desde la salud pública, para las personas con enfermedad mental.</p>	

**Tabla 2. Matriz de análisis Categoría 2: Factores que generan el estigma.**

Subcategoría	Testimonio	Comentarios del investigador	Material bibliográfico con el que se da solidez a la investigación
<p>Modelo educativo-la cultura</p> <p>Patrones de la sociedad</p>	<p><b>Modelo educativo-la cultura</b></p> <p><b>Participante 1:</b> "los modelos educativos, la cultura, y la desinformación frente a lo que es las enfermedades mentales, ósea la poca educación que hay frente a este tema".</p> <p>"falta de educación y por los patrones populares que hay en la sociedad, entonces osea los modelos por ejemplo una persona mayor está desinformada, el estigma a esa persona con esa enfermedad y eso lo va transmitiendo a las generaciones más jóvenes"</p> <p><b>Participante 2:</b> "esa es la situación con ellos no es que quieran hacerte daño propiamente dicho sino que están en alerta todo el tiempo porque creen que les van hacer daño, en esa descompensación si se vuelven peligrosos, por eso es tan importante el tratamiento psiquiátrico integral y también el conocimiento de la familia de lo que está sucediendo" .</p> <p><b>Participante 3</b> "ante todo la ignorancia en el personal médico desde de lo que yo he visto, en el personal médico creo que se genera mucho los prejuicios en el personal de salud, en general el trato, la discriminación comienza por allí pero también de la población general ,no?".</p> <p><b>Participante 3</b> "la explicaciones místicas que se dan sobre las patologías mentales, la negación que existe de la patología mental avance se evidencie se vive frecuentemente pero el personal de salud que es el que debe en ese caso pues tratar de reducir toda esa cantidad de mitos#"</p> <p>"también creo que aún falta mucho ee algunas intervenciones desde la parte de la salud pública para sensibilizar a las personas y a la población general para que pueda haber un trato mucho más incluyente de estas personas con patología mental"</p> <p><b>Participante 4</b> "La cultura colombiana, estigmatización tendría que ver con la cultura colombiana, es Muy difícil es terrible, vemos países donde la cultura de la gente es tener su psicólogo semanalmente, aquí no pasa. Una enfermedad mental es igual que la hipertensión, diabetes, es Parkinson es normal, los prejuicios de la gente, la estigmatización</p>	<p>Manifiesta lo fundamental que es la educación e informarnos bien, para así transmitir este conocimiento a las demás generaciones, evitando o disminuir el estigma frente a las personas con esquizofrenia.</p> <p>Aquí el participante resalta como desde la parte de la salud médica generan rechazo ante las personas con enfermedad mental, consecuencia de la misma ignorancia y falta de conocimiento ante estas enfermedades. Es decir que hay grandes vacíos en este área.</p> <p>Indudablemente la comunidad no tiene la suficiente información sobre la esquizofrenia. Está claro que la sociedad se ha encargado que las enfermedades mentales como la esquizofrenia se vuelvan tan graves, lo que manifiesta en su testimonio es mas de que somos una sociedad estéril de pensamientos ante una emergencia mental, además de que como lo expone la psiquiatra la gente piensa que no tiene problemas mentales, pero no es así, todos tenemos alguna carencia de afecto que no nos hace enfermos pero que tampoco nos evita no tenerla.</p> <p>El estigma por parte de la sociedad, es evidentemente por falta de conocimiento de la enfermedad mental como la esquizofrenia y que a cualquier persona le puede dar una enfermedad mental.</p>	<p>Por otro lado, se debe recalcar que quienes padecen dicha enfermedad poseen los mismos derechos y deberes de cualquier persona y ciudadano del común, sin embargo, es relevante mantener una cultura sobre el trato y comunicación con otros en el ambiente de trabajo, sin discriminaciones ni aprovechamiento de su situación (Valverde-Alfaro, 2015).</p> <p>Esbec y Echebarría (2016) afirman que: "Una gran parte de los actos violentos cometidos por personas con esquizofrenia se relacionan con la presencia de (...) ideas delirantes persecutorias, alucinaciones auditivas amenazantes o imperativas y otros fenómenos psicóticos. Las ideas delirantes o las alucinaciones auditivas contribuyen al descontrol y a la conducta violenta del sujeto al vivenciar como reales sensaciones o hechos inexistentes pero que resultan ser determinantes de su comportamiento.</p> <p>El estigma social, unido a la representación que sobre la Esquizofrenia persiste en nuestro medio, son fenómenos que impiden una adecuada reinserción social en este tipo de pacientes. Urge el desarrollo de estrategias que modifiquen los falsos conceptos que sobre a enfermedad mental, persisten en nuestra sociedad.</p> <p>Hsin yang en el 2007 refiere que estímulo ambiental que el individuo evalúa o al que responde, o como estereotipos sociales o culturales. Además, estos modelos limitan el rango de respuestas de</p>

Subcategoría	Testimonio	Comentarios del investigador	Material bibliográfico con el que se da solidez a la investigación
	<p>amente en una cultura que no entiende que pasa con toda una atención psiquiatría donde la historia en la época de los 60 las usaban como una castigo las intervenciones, un neurólogo en EE.UU. iba en un bus dando anatomía, Todo les causa rechazo ante la familia la sociedad. Miedo colectivo, la masa es bruta, se genera un miedo colectivo ante un conocimiento propiamente psiquiátricas desde la psicosis desde riesgos patológicos debemos diferenciar entonces entre la neurosis y la psicosis"</p> <p><b>Participante 5:</b> "Pienso que va ligado a la cultura, a la crianza de las personas lo valores infundados, además que la falta de información hace que se genere un estigma".</p> <p><b>Patrones de la sociedad</b></p> <p><b>Participante 2:</b> "esa es la situación con ellos no es que quieran hacerte daño propiamente dicho, sino que están en alerta todo el tiempo porque creen que les van hacer daño, en esa descompensación si se vuelven peligrosos, por eso es importante el tratamiento psiquiátrico integral y también el conocimiento de la familia de lo que está sucediendo".</p> <p><b>Participante 4:</b> "Todo lo causa el rechazo ante la familia y la sociedad. Miedo colectivo la masa es bruta, se genera un miedo colectivo ante un conocimiento propiamente psiquiátricas desde la psicosis desde riesgos patológicos debemos diferencia entre la neurosis y la psicosis"</p> <p><b>Participante 5:</b> "La estigmatización por lo general se da por el desconocimiento de las personas acerca de que son y que no son las enfermedades mentales."</p> <p>"Pienso que va ligado a la cultura, a la crianza de las personas lo valores infundados, además que la falta de información hace que se genere un estigma."</p> <p>"Por lo que se menciona anteriormente las personas en general no tienen ningún tipo de conocimiento real sobre las enfermedades mentales."</p>		<p>tolerancia a las reacciones del estigmatizado (por ejemplo, estrategias psicológicas de tolerancia) y los resultados dañinos del estigma en los propios procesos individuales (bienestar psicológico).</p> <p>Marcelino lopez, margarita Laviana y otros en el 2008 mencionan que la lucha contra el estigma y la discriminación es un contante en el marco de la atención comunitaria en salud mental.</p>

**Tabla 3. Matriz de análisis Categoría 3: Factores que refuerzan el estigma.**

Subcategoría	Testimonio	Comentarios del investigador	Material bibliográfico con el que se da solidez a la investigación
	<p><b>Participante 1:</b> "de la imagen? Pues la verdad o sea las páginas de psicología si se ve mucha se trata de educar a las personas, pero entonces estas páginas o esa información se encuentra muy restringida".</p> <p><b>Participante 2:</b> "Bueno no solo con la enfermedad mental todo aquel ser diferente el que es distinto es discriminado, el desconocimiento hace que las personas se alejen, tener de pronto acercamiento con alguien también el rechazo, el desconocimiento".</p> <p><b>Participante 3:</b> "el estigma hace mucho daño, es estigma y culpa la aceptación del paciente de su patología mental y hace difícil la situación y las intervenciones terapéuticas no?"</p> <p><b>Participante 4:</b> "con enfermedad mental, es decir, en el contexto social usualmente ¿cómo se comporta un paciente con esquizofrenia? Depende del grado de compensación y del grado de gravedad.</p> <p><b>Participante 5:</b> "bastante sin embargo es una cuestión más del estado que no invierte recursos o políticas fuertes en la sensibilización de la importancia de la salud mental".</p>	<p>En una de las organizaciones más grandes del mundo como lo es la OMS (organización mundial de la salud) responden a esta necesidad con políticas que salvaguarden a las personas con enfermedades mentales.</p> <p>La estigmatización y todo lo que esta abarca, trae consecuencias negativas en todo la parte integral de una persona con esquizofrenia</p>	<p>La OMS (organización mundial de la salud) en el 2018 declaro que es de suma importancia la salud mental y proclamo promover la salud mental y cuidar de las necesidades de las personas con trastornos mentales.</p>

**Tabla 4. Matriz de análisis Categoría 4: Actitudes hacia la enfermedad mental**

Subcategoría	Testimonio	Comentarios del investigador	Material bibliográfico con el que se da solidez a la investigación
	<p><b>Participante 1:</b> "las personas del común se pueden llegar hasta burlarse ó sea hay de todo, hay personas que se burlan, juzgan, que critican, y hay otras personas que los ven pues como los pobrecitos, como los marginados y hay otro conjunto de personas que sí conocen sobre la condición de ellas y pues tratan de sacar al máximo o relacionarse de manera adecuada con ellos.</p> <p><b>Participante 2:</b> "también hay un grado de depresión en este tipo de personas por falta de comprensión y rechazos que sienten inclusive en el mismo núcleo familiar por eso muchos de ellos llegan hasta a suicidar".</p> <p><b>Participante 3:</b> "estigma inmediatamente digamos ese trato que le diga a usted le falta un psicólogo, a usted le falta un tornillo, con esa referencia allí hace que el paciente tenga mucho más dificultad en aceptar lo que le pasa, y que pueda acudir a un profesional que lo pueda orientar y a veces sin tener algún patología grave o algo que pueda solucionarse o por lo menos orientar."</p> <p><b>Participante 4</b> Algunos Son ermitaños y otros no, hay paciente que tiene pocos vínculos sociales, cuando se compensan tiene una buen red de apoyo y la familia entiende que es lo que pasa, el grado de la enfermedad y del compensación que estén."</p> <p><b>Participante 5:</b> "De rechazo, compasión y estigmatización. Re victimización, incomprensión, tristeza y abandono."</p>	<p>El miedo inminente de que les hagan daño es demasiado, uno piensa o las personas temen que las personas con enfermedades mentales nos puedan hacer daño si tal vez pase, pero a veces es por temo,</p> <p>La sociedad es cruel y algunas conductas de esta, pueden crear en la persona con enfermedad mental, inseguridad, desprecio, y negación con lo que le sucede.</p>	<p>Muñoz en el 2011 menciona que Este estigma social, que acompaña al afectado por el trastorno mental a lo largo de su vida, también ha estado influido por los medios de comunicación, incrementado las limitaciones del paciente, su sufrimiento, y ha traído consecuencias en su reinserción social.</p>

**Tabla 5. Matriz de análisis Categoría 5: Consecuencias**

Subcategoría	Testimonio	Comentarios del investigador	Material bibliográfico con el que se da solidez a la investigación
	<p><b>Participante 1:</b> "pues es mucha ósea eso depende del trato que se le dé, hay personas que se apoyan en el diagnóstico como un escudo para, digámoslo así como para no salir adelante, no generar actitudes de economía."</p> <p><b>Participante 2:</b> "Aislarse como te decía muchos de ellos comprenden y no solo en la esquizofrenia en el autismo también vemos como los mismos niños saben que otras personas no los aceptan y no los quieren y se aíslan, comienza haber un sentimiento de depresión y en no participación en lo social y hace que su salud mental se deteriore como cualquier otro ser humano que no pueda participar de sus actividades diarias"</p> <p><b>Participante 3:</b> "ee creo que lo que más la reacción más del paciente es eso no acepta la patología la enfermedad comienza a hacer otro tipo de cosas asiste tardíamente al profesional de salud y pues obviamente a veces crea unas condiciones que uno quisiera que no llegara creo que sobre todo el estigma afecta un adecuado diagnóstico y una adecuada intervención terapéutica".</p> <p><b>Participante 4:</b> "Ocultan el tratamiento la medicación, hay un miedo para decirlo la tendencia de no hacer las consultas, que no entre la familia todo un tabo, no lo digo porque no estoy loca, pero cuando sin personas que se acogen a este estigma pasa estas situaciones."</p> <p><b>Participante 5:</b> "también hay un grado de depresión en este tipo de personas por falta de comprensión y rechazos que sienten inclusive en el mismo núcleo familiar por eso muchos de ellos llegan hasta a suicidar". "Aislarse como te decía muchos de ellos comprenden y no solo en la esquizofrenia en el autismo también vemos como los mismos niños saben que otras personas no los aceptan y no los quieren y se aíslan, comienza haber un sentimiento de depresión y en no participación en lo social y hace que su salud mental se deteriore como cualquier otro ser humano que no pueda participar de sus actividades diarias".</p>	<p>De acuerdo con la participante, pienso que existe mucho de este tipo de personas ya que desean vivir bajo las comodidades y conformarse con lo que se les brinde. Pero también encontramos otra población que desean superarse y defienden sus derechos como personas.</p> <p>El no aceptar la realidad de lo que padece creo que es uno de los principales problemas para la recuperación comenzando que es uno de los síntomas estar por fuera de la realidad.</p>	<p>Valverde 2015 menciona que puede generar dificultad para obtener un empleo, y el trabajo brinda beneficios Como estabilidad económica, fortalecimiento de la autoestima y rehabilitación. Un puesto de trabajo para una persona que presenta esquizofrenia no solo representa una fuente de ingresos Económicos para él y su familia, sino una estrategia terapéutica que ayuda a su recuperación y disminuye aquellos riesgos de recaídas.</p> <p>Lic. Yalenis Velazco Fajardo en el 2018 menciona que los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada.</p>

## **Discusión**

De acuerdo a los elementos encontrados en el cuestionario de actitudes hacia las personas con enfermedad mental, se encuentra que existe actitudes con tendencia positiva respecto a la enfermedad mental, no obstante se observan porcentajes bajos que son importantes para el estudio, ya que indican una actitud negativa o de indiferencia, siendo estos porcentajes los que permiten evidenciar que falta mayor conciencia y conocimiento de la enfermedad mental, como por ejemplo, un 24.5% considere estar de acuerdo con que una persona con trastorno mental es una carga para la sociedad, o un 10% piensa que la inversión de dinero público para la salud mental significa un despilfarro. Como bien decimos, son porcentajes bajos, pero representativos para la investigación, así también encontramos que un 86% tienden a dar una respuesta afirmativa respecto a que la sociedad necesita mayor tolerancia hacia las personas con enfermedad mental. El cuestionario ayudo a vislumbrar algunas posiciones, si bien es un grupo minoritario, no podemos desconocer la importancia de sus aportes.

### **Factores percibidos que generan la estigmatización en las personas con trastorno mental**

En el caso de las personas con trastornos mentales, dichos rótulos o estereotipos se refieren comúnmente a la eventual peligrosidad, debilidad e inutilidad de estos individuos. Lo anterior conduce a que se generen actitudes y actos discriminatorios de rechazo u omisión hacia ellos.

Respecto al estigma proveniente de los servicios de salud, es interesante destacar que juega un rol esencial en la generación de nuevas actitudes estigmatizadoras, y se posiciona, además, como un agente cuya autoridad tiende a perpetuar los procesos de estigmatización por medio del poder social que representa.

Algunos de los participantes manifiestan que se tiene prejuicios desde los profesionales de salud, es así como encontramos testimonios como:

"ante todo la ignorancia en el personal médico desde de lo que yo he visto, en el personal médico creo que se genera mucho los prejuicios, en el personal de salud en general el trato, la discriminación comienza por allí" (Participante 3).

"La estigmatización por lo general se da por el desconocimiento de las personas acerca de que son y que no son las enfermedades mentales." (Participante 5).

También aportan que desde los profesionales se encuentra creencias místicas que niegan la existencia de una patología:

"la explicaciones místicas que dan sobre las patologías mentales, la negación que existe de la patología mental, se evidencia, se vive frecuentemente" (Participante 4).

Se hace importante desde las voces de los participantes un llamado de sensibilización hacia las personas que están en situación de enfermedad mental:

"creo que aún falta mucho, algunas intervenciones desde la parte de la salud pública para sensibilizar a las personas y a la población general para que pueda haber un trato mucho más incluyente de estas personas" (Participante 5).

Por lo antedicho, actualmente el estigma hacia la enfermedad mental es una prioridad dentro de la salud pública mundial, razón por la cual se justifica y se requiere de una inversión contundente tanto por parte de las autoridades como de la comunidad en conjunto. Dado lo anterior, la Organización Mundial de Psiquiatría (WPA, por sus siglas en inglés), desde inicios de la década del 2000, ha liderado campañas de intervención anti estigma mediante los diferentes tipos de abordaje que hemos descrito en esta investigación.

Por otro lado, encontramos desde la parte de la familia y la cultura, Domínguez (2004) afirma que las intervenciones familiares se consideran actualmente imprescindibles dentro de una atención organizada y compleja a un problema también complejo: la esquizofrenia. Sin embargo, y aunque disponemos de modelos de intervención de probada eficacia, no se han incorporado a la práctica cotidiana de los servicios de salud mental. La mayoría de los modelos existentes ha surgido del ámbito de la investigación, en equipos muy especializados en la atención familiar.

Con respecto a lo mencionado los testimonios se enrutaban hacia una reflexión sobre la cultura y los modelos de educación:

"Los modelos educativos, la cultura, y la desinformación frente a lo que es las enfermedades mentales, ósea la poca educación que hay frente a este tema"

(Participante 1).

"La cultura colombiana, estigmatización tendría que ver con la cultura colombiana, es muy difícil es terrible, vemos países donde la cultura de la gente es tener su psicólogo semanalmente, aquí no pasa. Una enfermedad mental es igual que la hipertensión, diabetes, es Parkinson es normal, los prejuicios de la gente, la estigmatización aumenta en una cultura que no entiende que pasa con toda una atención psiquiatría"

Todo les causa rechazo ante la familia la sociedad. Miedo colectivo, la masa es bruta, se genera un miedo colectivo ante un conocimiento propiamente psiquiátricas desde la psicosis desde riesgos patológicos debemos diferenciar entonces entre la neurosis y la psicosis" (Participante 4).

Derivado de lo anterior, se considera importante generar intervenciones socioculturalmente adaptadas a las diversas regiones de América Latina, estas intervenciones deberían apuntar a fomentar que los pacientes y sus familiares exijan sus derechos civiles y sociales, así como también a grupos específicos (de poder e influyentes) de la comunidad, para que faciliten la apertura de espacios de inclusión social.

Dentro de todos los factores que generan la estigmatización no podemos ignorar lo importante que es la educación con relación a las enfermedades mentales, por esto cabe mencionar este testimonio.

“Pienso que va ligado a la cultura, a la crianza de las personas los valores infundados, además que la falta de información hace que se genere un estigma.” (Participante 5).

Según Fresán, Robles, Cota, Berlanga, Lozano, y Tena (2011), la estigmatización puede ser el resultado de la falta de conocimiento acerca del fenómeno o persona en particular (ignorancia); la generación de actitudes negativas (prejuicio); y la evitación o exclusión de la persona (discriminación). En el caso de la esquizofrenia, este fenómeno conlleva a que el paciente y su familia no sólo se vean afectados por la enfermedad, sino también por el prejuicio asociado a peligrosidad y violencia que existe respecto del trastorno.

Podemos entonces destacar que los factores percibidos principalmente por los participantes respecto a lo que genera la estigmatización en las personas con trastorno mental, están relacionados con la ignorancia sobre la enfermedad mental, creencias y mitos erróneos, falta de sensibilización y la desinformación.

## **Elementos o situaciones que refuerzan y mantienen la estigmatización de la enfermedad mental**

Las actitudes y los contenidos cognitivos (estereotipos) más frecuentemente expresados sobre las personas con enfermedad mental, suelen agruparse en algunos factores de significativa consistencia y concordancia, como: peligrosidad, extrañeza e predictibilidad, dificultad de relación e incapacidad para manejar su vida, todo ello unido a la creencia de incurabilidad y a un grado variable de atribución de responsabilidad y "culpa" sobre lo que les sucede.

Con respecto a lo mencionado algunos testimonios expresan las creencias respecto a las capacidades y dificultades de las personas afectadas por la enfermedad:

"yo creería que, o sea las personas con esquizofrenia se les ve mucha la deficiencia en las relaciones sociales y que esto también repercute en el área de la vida laboral"

(Participante 1).

Es personas con esquizofrenia se observa una alteración de su capacidad de responder a los requisitos de la vida social, de manejar problemas y superar dificultades de la vida diaria. Dicha alteración se refleja en varios aspectos de su vida social, teniendo una habilidad reducida para trabajar o asistir a actividades académicas, ejercer papeles sociales, mantener relaciones interpersonales e íntimas y cuidarse a uno mismo. Fenton, Harvey, Heaton (2007); citados por Petkari, (2010).

Frente al texto anterior, los participantes hacen referencia en algunos de sus testimonios donde expresan:

"Yo he visto gente que logra conformar un hogar con esquizofrenia, pero pues presentan muchos déficits, muchas veces o sea esa conformación no dura mucho" (Participante 1)

"Podría decir que afecta todas las áreas de su vida diaria, por qué? Porque la dificultad social, ósea nosotros somos seres sociales como tal y si tenemos en el caso la esquizofrenia paranoide una persecución por algo específico eso nos va a afectar tanto en la vida familiar como en la vida social, tanto como en lo laboral" (Participante 2 ).

"En el caso de la esquizofrenia el paciente queda muy muy comprometido y difícilmente va poder trabajar, se alegra uno mucho cuando mantiene cierta funcionalidad y ciertas relaciones sociales digamos, pues para mi es algo muy importante, pero eso depende de la enfermedad, pero generalmente las enfermedades mentales afectan casi todos los dominios de la vida de un paciente" (Participante 3).

Gejman y Sanders (2012) afirman que se presenta una minoría de los pacientes con esquizofrenia, que tienen la capacidad de trabajar, estudiar, mantener normalmente relaciones familiares y llegar a tener una vida independiente ya que estas personas presentan difusión familiar y social. Las personas que presentan por primera vez episodio de psicosis y con una alteración significativa de cognición social debe implementar inmediatamente terapias de Rehabilitación cognitiva y psicosocial.

Asociados a estas ideas se encuentran sentimientos ("prejuicios") de miedo, rechazo, desconfianza, pero también compasión, aunque siempre "manteniendo la distancia". Y, consecuentemente, la predisposición a disminuir los contactos sociales "distancia social" mediante el rechazo, el aislamiento o la recomendación de los tratamientos coercitivos y la reclusión institucional. Habitualmente los estudios reflejan la consideración de las personas con enfermedades (esquizofrenia) como formando parte de un grupo distinto ("ellos" frente a

"nosotros"), a la vez que parecen enteramente definidas por la enfermedad: se asume que la persona "es" esquizofrénica y no que "tiene" o "padece" esquizofrenia.

De acuerdo con lo anterior, se evidencia a través de los testimonios, como los participantes comparten este pensamiento:

"Las explicaciones místicas que se dan sobre las patologías mentales, la negación que existe de la patología mental avance se evidencie se vive frecuentemente pero el personal de salud que es el que debe en ese caso pues tratar de reducir toda esa cantidad de mitos". (Participante 4).

"Las personas del común se pueden llegar hasta burlarse, o sea, hay de todo, hay personas que se burlan, juzgan, que critican, y hay otras personas que los ven pues como los pobrecitos, como los marginados y hay otro conjunto de personas que sí conocen sobre la condición de ellas y pues tratan de sacar al máximo o relacionarse de manera adecuada con ellos" (Participante 1).

"También hay un grado de depresión en este tipo de personas por falta de comprensión y rechazos que sienten inclusive en el mismo núcleo familiar por eso muchos de ellos llegan hasta a suicidar" (Participante 2)

Otro elemento que aporta al refuerzo de la estigmatización, son las imágenes transmitidas desde los medios de comunicación (periódicos, películas, programas de TV), primera fuente de información sobre el tema en nuestras sociedades, y donde las personas con enfermedad mental aparecen básicamente bajo tres visiones prototípicas: la del maníaco o la

maníaca homicida que hay que recluir, la de la persona adulta con conductas infantiles que requieren control externo y la del espíritu libre y creativo que produce una cierta admiración. Las tres se caracterizan por ofrecer visiones extremas, que sitúan en todo caso a las personas afectadas fuera de lo considerado normal, pero es siempre la primera de ellas, la relacionada con la violencia, la más frecuente que mencionan los participantes y la que suele destacarse por encima de todas como los siguientes testimonios:

"Se trata de educar a las personas, pero entonces estas páginas o esa información se encuentra muy restringida" (Participante 1).

"Siempre pasan la descompensación como tal y no se enfocan como en la actitudes y habilidades que también tienen estas personas, entonces yo creo que los medios también se encargan de como de aterrorizar a las personas que tienen esquizofrenia y esto hace pues que obviamente la sociedad tenga miedo como que ahí viene una persona con esquizofrenia nos va a matar, pero pues no es así" (Participante 2).

Pero hay que señalar también que esos contenidos no sólo se encuentran en los distintos sectores de la llamada "población general" sino que, aunque con evidentes matices, aparecen también entre profesionales sanitarios e incluso en quienes trabajan específicamente en Salud Mental. Es llamativo, además de preocupante, que, aunque el número y representatividad de los estudios publicados sean todavía escasos, nos encontremos en ellos con un número importante de profesionales de salud mental, cuyo conocimiento sobre las "enfermedades" es evidentemente superior al de la población general, pero cuyas opiniones sobre las personas que las padecen y a

las que se supone deberían ayudar a vivir en la comunidad o las medidas de "distancia social" hacia ellas, no difieren significativamente de las de la mayoría de la población, fuertemente sesgadas como estamos comentando.

Encontramos también otro factor importante que es la educación, los participantes recalcan lo influyente que es este, dentro del concepto de la estigmatización de la esquizofrenia y realizan testimonios como:

"Falta de educación y por los patrones populares que hay en la sociedad, entonces, los modelos, por ejemplo, una persona mayor está desinformada, él estigmatiza a esa persona con esa enfermedad y eso lo va transmitiendo a las generaciones más jóvenes"

(Participante 1).

"Bueno no solo con la enfermedad mental, todo aquel ser diferente el que es distinto es discriminado, el desconocimiento hace que las personas se alejen, tener de pronto acercamiento con alguien también el rechazo, el desconocimiento" (Participante 2).

Como se puede observar, la mayoría de los testimonios dan cuenta que los elementos o situaciones que pueden mantener la estigmatización de la enfermedad mental, están relacionados con la deficiencia en las relaciones sociales y que esto también repercute en el área de la vida laboral, y la conformación de familia, el mismo distanciamiento social de los pacientes, los medios de comunicación cuando hay un énfasis en el comportamiento violento que pueden presentar los pacientes, los patrones populares, la desinformación, algunos de estos elementos ya relacionados en los factores que generan el estigma. Observando que la desinformación es uno de los elementos de mayor relevancia.

### **Consecuencias que trae la estigmatización sobre la enfermedad mental en relación con el tratamiento.**

Un aspecto diferente, aunque igualmente negativo en términos generales, y que es una consecuencia de la estigmatización, es el "autoestima". De hecho, los estudios publicados muestran que muchas personas con trastorno mental, viven las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y habitualmente negativa. En primer lugar, porque, a este respecto, muchas de ellas suelen manifestar actitudes similares a las de la población general, asumiendo los estereotipos de la peligrosidad, incapacidad de manejo e incurabilidad, con efectos añadidos a los de la propia enfermedad. En general, se describe así como la auto estigmatización conduce a una real desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima, favoreciendo el aislamiento y dificultando la petición de ayuda (conductas similares a las de otras personas tanto "desacreditadas" como potencialmente "desacreditarles" utilizando la terminología de Goffman). Y ello, además de constituirse en un factor de estrés, que según los modelos de vulnerabilidad, aumenta el riesgo de recaídas e incluso de suicidio.

Conforme a lo anterior, el estigma puede generar un "autoestima", trayendo con esta consecuencias psicosociales y emocionales en el paciente con esquizofrenia. Algunos de los testimonios de los participantes reflejan lo que se percibe respecto a las actitudes o sentires de los pacientes.

"Hay personas que se apoyan en el diagnóstico como un escudo para digámoslo así, como para no salir adelante" (Participante 1)

“También hay un grado de depresión en este tipo de personas por falta de comprensión y rechazos que sienten inclusive en el mismo núcleo familiar, por eso muchos de ellos llegan hasta a suicidar" (Participante 2).

"El estigma hace mucho daño, y culpa la aceptación del paciente de su patología mental y hace difícil la situación y las intervenciones terapéuticas” (Participante 3).

"Estigmatizar inmediatamente, digamos ese trato que le diga a usted le falta un psicólogo, a usted le falta un tornillo, con esa referencia allí, hace que el paciente tenga mucho más dificultad en aceptar lo que le pasa y que pueda acudir a un profesional que lo pueda orientar y a veces sin tener alguna patología grave o algo que pueda solucionarse o por lo menos orientar” (Participante3).

"Aislarse, como te decía muchos de ellos comprenden y no solo en la esquizofrenia, en el autismo también vemos como los mismos niños saben que otras personas no los aceptan y no los quieren y se aíslan, comienza haber un sentimiento de depresión y en no participación en lo social y hace que su salud mental se deteriore como cualquier otro ser humano que no pueda participar de sus actividades diarias" (Participante 2)

"Creo que la reacción es más del paciente, es eso no acepta la patología la enfermedad, comienza hacer otro tipo de cosas, asiste tardíamente al profesional de salud y pues obviamente a veces crea unas condiciones que uno quisiera que no llegara, creo que sobre todo el estigma afecta un adecuado diagnóstico y una adecuada intervención terapéutica" (Participante 3).

Es evidente que el costo de la estigmatización es bastante alto, la tristeza, la depresión, el aislamiento, son las situaciones que se perciben desde la experiencia de los participantes al trabajar con esta población.

Así mismo se considera que ante la reacción del paciente debido a su no aceptación, no asiste o no inicia de manera oportuna un tratamiento, su mismo temor de enfrentarlo y de enfrentar a una sociedad posiblemente "indolente" o "indiferente" hacia la enfermedad mental.

Es necesario entonces comprender que la estigmatización dentro de la sociedad se inicia por la cultura en el contexto de que en nuestra manera de vivir hacen parte la religiosidad, la crianza y otras situaciones que conforman la cultura que nos llevan a comprender mal el actuar en la sociedad y las alteraciones mentales, es importante mencionar que el nivel educativo también es un factor que influye y refuerza el estigma,, entre más nivel educativo y mejor posición social habrá mayor rechazo ante personas con enfermedades mentales.

El nivel sociocultural y a nivel monetario todavía siguen siendo un factor determinante en vulnerar y crear rechazo ante personas que presenta enfermedades mentales, el desconocimiento de las enfermedades mentales es otro factor influyente puede sonar absurdo pero las personas con un nivel educativo intermedio entienden el concepto de la enfermedad pero lo determinan como problemas gubernamentales y de poco control, es decir las personas no comprenden que lo que llaman "normal" pueden estar padeciendo en silencio una depresión, ansiedad trastornos bipolares y otros, por eso es necesario culturizar a la sociedad sobre la neurosis con el fin de que comprendan que todos somos neuróticos y carentes de afectos y que en cualquier momento de la vida se puede llegar a presentar una alteración mental grave.

El Servicio Murciano de Salud (2009) plantea que la psicoeducación pretende lo siguiente: “aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el impacto de las situaciones y eventos estresantes, mejorar la información y la comunicación dentro de la familia del paciente, potenciar los recursos personales y familiares, reducir el riesgo de recaídas y las hospitalizaciones, mejorar las habilidades de afrontamiento y resolución de problemas y disminuir el estrés del cuidador.

## Conclusiones

La investigación busco comprender los factores que desde la experticia del área de la salud mental se ha venido observado respecto al estigma de las personas en situación de enfermedad mental, específicamente para el caso de la esquizofrenia, de acuerdo a el análisis generado se puede decir que, aunque existen personas que comprenden la enfermedad mental, el estigma seguirá siendo un problema ciego ante una sociedad poco empática y comprensiva de la salud mental.

El estigma asociado a la esquizofrenia no tiene fronteras y ha quedado plasmado en estudios realizados en distintos países, incluso en algunos se ha demostrado que los psiquiatras evitan mencionar a los pacientes el diagnóstico de esquizofrenia debido al intenso rechazo asociado al término.

La percepción negativa de la enfermedad, el prejuicio y rechazo, en algunos casos generados desde las miradas de desagrado son un factor responsable de la ocurrencia de eventos psicóticos en estos pacientes, el desconocimiento de lo que ello puede provocar como lo son las recaídas, reconsultas y hospitalizaciones prolongadas, genera alertas para una educación de este tipo de enfermedades, las cuales no solo son competencia de los centros de salud y las familias, la enfermedad mental es un problema de salud pública.

Los medios de comunicación son la principal fuente de información sobre salud mental para una gran mayoría de la población. Una cobertura informativa objetiva y rigurosa puede ser una buena herramienta para combatir el estigma que sufren las personas con trastorno mental. Por el contrario, si transmiten repetidamente conceptos erróneos o hacen un mal uso del lenguaje, los medios de comunicación contribuyen a perpetuar el estigma y reforzar los estereotipos.

Además, existe evidencia de que, si la sociedad percibe a las personas con enfermedad mental como peligrosas o incapaces, las políticas y la legislación derivadas de estas creencias tienden hacia el control y la contención en vez de hacerlo hacia la recuperación y la vida en comunidad.

La estigmatización dificulta la recuperación y la integración social de los pacientes en tanto que disminuye considerablemente sus posibilidades reales de acceder a un empleo, disponer de vivienda, mantener relaciones sociales y, en general, utilizar los distintos recursos de la comunidad.

En lo que respecta a los tipos de estigmatización en salud mental en Latinoamérica, su caracterización ha sido escasa. Esto queda manifiesto en la revisión sistemática de los estudios sobre estigma público que realizaron Angermeyer y Dietrich. De los 62 estudios analizados por dichos autores, ninguno correspondía a investigaciones con población de América Latina. Lo anterior se complementa con lo señalado por Peluso y Blay, quienes, en otra revisión sistemática, esta vez centralizada en las percepciones del público general de América Latina hacia la enfermedad mental, encontraron escasos trabajos respecto del tema en cuestión (además de presentar serias limitaciones metodológicas).

Respecto al desarrollo de la investigación como algunas limitantes se percibe el tiempo algunos de los participantes debido a sus múltiples ocupaciones, al principio se contaba con 6 participantes, pero uno de ellos no pudo asistir a las entrevistas programadas. No obstante, se logra generar las entrevistas.

Por otro lado, la investigación que se realiza por medio de entrevistas, requiere, hasta cierto punto, el desarrollo de una relación entre un investigador y sus participantes; se considera que en la mayoría de ellos se logró un acercamiento positivo que permitió el desarrollo de la actividad,

sin embargo, se considera que se requiere de mayor tiempo para generar mayores acercamientos y tiempo para haber tenido mayor oportunidad de conocer a nuestros participantes.

## Recomendaciones

Sin duda alguna la estigmatización es un fenómeno social que genera grandes repercusiones en la salud mental y calidad de vida de las personas, por tanto, la investigación realizada considera imperante tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Educar desde una perspectiva de la salud social, la cual hace referencia a la habilidad para la adaptación y la autogestión ante los cambios y desafíos que se presenta en el contexto, también hace relación a la capacidad para desarrollar relaciones satisfactorias con otras personas, para este caso, muy pertinente para generar acciones antidiscriminación de la población en situación de enfermedad mental.
- Ya que parte de la dificultad del estigma hace referencia a un problema de cultura, es importante generar acciones de sensibilización que permitan abrir caminos para modificar pensamientos erróneos sobre la enfermedad mental, esto puede minimizar la situación de discriminación.
- Desde el campo de acción de la salud, se debe propender por la actualización constante ante la enfermedad mental, para todo el personal de la salud, ya que algunos hallazgos indican prejuicios y creencias erróneas en torno a la enfermedad mental.
- Respecto a las intervenciones, aunque se ha demostrado algunos niveles de eficacia, tanto a nivel de paciente-familia como de público-institucional, sus resultados a largo plazo son insuficientes e inestables, además de difíciles de someter a evaluación. Por consiguiente, resulta pertinente establecer nuevas estrategias que integren enfoques para intervenir todas las dimensiones que competen al fenómeno, además de métodos más eficaces para la evaluación del estigma y de las intervenciones que lo aborden.

- Desde la Universidad, se debe aprovechar los cursos relacionados con el área clínica y de intervención, para generar prácticas que permitan fortalecer el conocimiento y el desarrollo de modelos intervención clínicos para esta población, la Universidad debe ser un agente de acción y de cambio entorno a los trastornos mentales.
- Para futuras investigaciones, se recomienda contar con una muestra más representativa, ampliar la población de estudio, no solo a las personas del campo de la salud, si no también, con diferentes actores, como docentes, estudiantes, empresa, entre otros.
- Se recomienda realizar investigación que permitan generar una caracterización contextualizada, considerando las características socioculturales de la afectada por la enfermedad, siendo importante dar una voz a lo que ellos perciben es su situación, lo cual permitirá una mayor comprensión de la problemática no solo de la enfermedad, sino también de la problemática social en torno a ella.

## Referencias

- Abreu, c. (12 de MAYO de 2020). Análisis estructuralista de la teoría del etiquetamiento. *Diánoia*, vol.64 (no.82), 65-86. doi:<https://doi.org/10.22201/iifs.18704913e.2019.82.1634>
- Domínguez, R., González, R., Baena Ruiz, E., & Fernández Fernández, J. (sf de oct/dic de 2004). Intervención familiar en la esquizofrenia: Su diseminación en un área de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1(n.92), pp.9-23. Recuperado el sf de abril de 2021, de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000400002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000400002)
- Grandón Fernández, P., Saldivia Bórquez, S., Cova Solar, F., Bustos, C., & Turra Chaves, V. (29 de febrero de 2016). Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena. *Universitas Psychologica*, 1(1), 153-162. Recuperado el SF de ABRIL de 2021, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15n2/v15n2a13.pdf>
- HSIN YANG, L., KLEINMAN, A., LINK, B., PHELAN, J., LEE, S., & ON GOOD, B. (sf de junio de 2007). Cultura y estigma: la experiencia moral. *Reimpreso de Social Science and Medicine*, vol. 64(núm. 7), 1-12. Recuperado el 10 de 05 de 2021, de <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/11/Cultura-y-estigma-la-experiencia-moral.pdf>
- Loubat O, M., Lobos, R., & Carrasco, N. (sf de sf de 2017). ESTIGMATIZACIÓN DE LA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA Y CONSECUENCIAS PARA EL PROCESO DE REHABILITACIÓN: UN ESTUDIO EN PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL. (a. D. Chile, Ed.) *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, Volumen 12(Nº 39, 2017), pp. 15-25. Recuperado el SF de MARZO de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/836/83652501002.pdf>
- Mascayano Tapia, F., Lips Castro, w., Mena Poblete, C., & Manchego Soza, C. (SF de Febrero de 2015). *Scielo*. Recuperado el sf de Marzo de 2021, de Scielo.org: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252015000100008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008)
- Moreno Herrero, A., Sánchez Sánche, F., & Lemus, M. (sf de sf de 2014). Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society & Education*, vol 6(1), 17-26. Recuperado el sf de abril de 2021, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6360190>
- Peralta, V., & Cuesta, M. (sf de may/ago de 2017). Cognición social en la esquizofrenia: la importancia de la detección e intervención precoz. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, v. 40( n. 2), , p. 173-175., doi:<https://dx.doi.org/10.23938/assn.0039>
- Abeira Padín, G. (Sf de SF de 2012). Esquizofrenia. *Dialnet*, II(1), 157- 172. Recuperado el SF de ABRIL de 2021, de [related:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4018442.pdf](https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4018442.pdf) historia de la esquizofrenia pdf
- azmín Mora-Ríos, N. B. (Agosto de 2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud mental*.

- Badallo, Garcia, & Yelamos. (2013). *Trastorno Mental, la Esquizofrenia*.
- Cano, J., Fierro-Urresta, M., Vanegas, C., Alzate, M., Olarte, A., Cendales, R., & Córdoba, R. (S-F de S-F de 2007). Factores Pronósticos de Esquizofrenia en Primer Episodio Psicótico. *R/salud publica*, *1*(1), 455-464. Recuperado el 29 de septiembre de 2006, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n3/v9n3a14.pdf>
- Franco Mascayano Tapia, W. L. (Enero-Febrero de 2015). *Google*. Obtenido de Google: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252015000100008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008)
- Garnica-Portillo, R. (s.f.). Avances en la investigación de la esquizofrenia. *Gac Méd Méx Vol. 133 No. 4*, 10.
- Goffman, E. (sf de sf de 2006). Estigma: la identidad deteriorada. *Stigma. notes on the management of spoiled identity*, *1*(1), 11-83. Recuperado el SF de ABRIL de 2021, de <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., & Aparicio, A. (SF de SF de 2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2008, vol 28(101), pp. 43-83. Recuperado el SF de ABRL de 2021, de <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>
- Meirinhos, A., & Suárez, L. (30 de ABRIL de 2020). *universidad pontificia Javeriana*. doi://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy19.esem
- Ministerio de salud . (2014). *Guia practica para el manejo de pacientes con Esquizofrenia* .
- Ministerio de salud y Proteccion Social. (18 de noviembre de 2018). *Politica nacional de salud mental*. (M. d. Social, Ed.) Recuperado el SF de SF de SF, de Ministerio de salud y Proteccion Social: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
- Moisés Mebarak, A. D. (23 de Enero de 2009). *Google*. Obtenido de Google: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a06.pdf>
- Muñoz, M., Perez, E., Crepo, M., & Guillen, A. (SF de septiembre de 2009). El Estigma y Enfermedad mental. (c. madrid, Ed.) *comunidad de Madrid, volumen 1*(1), 6-338. Recuperado el SF de MARZO de 2021, de <https://webs.ucm.es/BUCM/ecsa/9788474919806.pdf>
- Navarro Gomez, N., & Tigreros Ramos, R. (19 de marzo de 2019). Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática. *Psychology, Society, & Education*, 2019., *Volumen 11*(2)(2), pp. 253-266. doi:Doi 10.25115/psyse.v10i1.2268
- Pedersen, D. (SF de ENERO de 2005). Estigma y exclusion en la enfermedad mental: Apuntes para el analisis e investigacion. *revista de psiquiatria y salud mental*, *55* (1)(1), : 39-50. Recuperado el sf de abril de 2021, de <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/11/Estigma-y-exclusi%C3%B3n-social-en-las-enfermedades-mentales.pdf>

Penn. (1996). *Esquizofrenia y la Sociedad*.

Pinto Alvarez, M. (25 de 03 de 2020). *Bibliotecas javeriana*.  
doi:<http://hdl.handle.net/10554/48020>.

Proteccion, M. s., & Ministerio de Salud, y. p. (2019). *Las Enfermedades mentales*.

Rodríguez-Meirinhos, A. (2020). Estigma social hacia la enfermedad mental: factores relacionados y propiedades psicometricas del cuestionario de atribuciones revisado. *Universitas Psychologica*, 13.

## Anexos

### Anexo N°1 . Cuestionario de actitudes hacia las personas con enfermedad mental: CAMI

#### Información General

Edad: \_\_\_ años Sexo: M\_\_ F\_\_

Nivel educativo: \_\_\_\_\_

Zona de residencia: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna persona cercana con diagnóstico de Esquizofrenia? Si \_\_\_ No \_\_\_

A continuación, se generan una serie de afirmaciones, para responder marque con una en la casilla de la respuesta con la que más se identifica Responda la que más considere apropiada:

MDA: muy de acuerdo

DA: de acuerdo

N: neutral

ND: desacuerdo

NDA: muy en desacuerdo.

	Afirmación	MDA	DA	N	ND	NDA
1	En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.					
2	Las personas con enfermedades mentales deberían estar aisladas de la comunidad.					
3	La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad.					
4	Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad					
5	Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedades mentales.					
6	Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público.					
7	No me gustaría estar al lado de una persona con enfermedad mental.					
8	Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales.					

Fuente: Elaboración propia, 2021

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

<b>Lugar y Fecha :</b>	Guadalajara de Buga, 07 de abril de 2021
<b>Investigador(es) responsable(s):</b>	Karolay Abadía Yandun y Nathalia Lenis Potes.

El propósito de esta introducción de consentimiento es proveer a las personas involucradas en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

<p><b><u>Nombre de la Actividad:</u></b></p> <p>Trabajo de grado</p>
<p><b><u>Título de la investigación:</u></b></p> <p><b>Esquizofrenia: Factores del Estigma hacia la Enfermedad y Consecuencias para el Tratamiento</b></p>
<p><b><u>Objetivos de la investigación:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir los factores percibidos que generan la estigmatización en las personas con trastorno mental.</li> <li>• Identificar los elementos o situaciones que refuerzan y mantienen la estigmatización de la enfermedad mental.</li> <li>• Identificar las consecuencias que trae la estigmatización sobre la enfermedad mental en relación con el tratamiento.</li> </ul>

**Actividades a desarrollar:**

Las actividades que se desarrollarán en el marco de esta investigación son:

Las sesiones serán registradas por medio de grabación y fotografía (esta determinación está sujeta a la aceptación del participante), de modo que el investigador pueda transcribir posteriormente los resultados de cada una, bajo fines netamente académicos e investigativos. Al finalizar la investigación los resultados de la misma serán socializados en la institución, a la comunidad o población participante.

**Participación, riesgos y beneficios**

- La participación en la investigación es estrictamente voluntaria.
- La participación en la actividad no generará ningún gasto, ni se recibirá remuneración alguna por ella.
- La participación en la actividad y los resultados obtenidos en la investigación no tendrán repercusiones o consecuencias en las actividades laborales y/o académicas.
- El participante tendrá el derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias.

**Confidencialidad**

- La identidad y los datos personales serán tratados con reserva y se utilizarán únicamente para los propósitos de esta investigación. De esta manera, los resultados de cada actividad serán codificados usando un número de identificación (código asignado al consecutivo) y, por lo tanto, serán anónimas, o se emplearán seudónimos.
- Los investigadores responsables garantizarán la protección de la información suministrada antes durante y después de la investigación.

**A quien contactar en caso de preguntas:**

**Investigador principal:** Karolay abadia yandun, nathalia lenis potes

**Celular:**3162711485 - 3165370527      – **Correo:** karolayabadia@gmail.com

**Si desea participar y que su hijo(a) participe, favor llenar la autorización anexa y entregarlo a la persona encargada debidamente diligenciada y firmada.**

## AUTORIZACIÓN

Fecha:	Abril -07-2021
--------	----------------

Luego de haber sido informado(a) sobre las condiciones en las que se realizará las actividades, objetivos, beneficios, posibles riesgos y las alternativas, los derechos y responsabilidades y teniendo total claridad de la información arriba descrita, respecto a la investigación: **Esquizofrenia: Factores del Estigma hacia la Enfermedad y Consecuencias para el Tratamiento** y atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados y protección de los datos (Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2012), **de forma consciente y voluntaria, doy mi consentimiento** para participar en el estudio que realiza las **personas Karolay Abadia Yandun y Nathalia Lenis potes.**

Nombre completo del que participa	FIRMA
#.CC:	