



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

**“NIVEL DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTIGMA EN
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO
DELGADO-HIDEYO NOGUCHI" (INSM HD-HN) EN EL
MES DE ABRIL DEL 2020”.**

Nombre del Residente: MARÍA ELENA ZEGARRA SAAVEDRA DE
ROQUE

Nombre del Asesor del Trabajo: Dr. Horacio Benjamín Vargas Murga.

Lima – Perú

2019

RESUMEN:

El estigma es un atributo que desvaloriza y degrada a la persona que es víctima del mismo. Desde tiempos antiguos la estigmatización hacia los trastornos mentales, ocasionó discriminación en las personas que lo padecían, ello conllevó a la disminución de la autoestima, eran impedidas o limitadas para desarrollar actividades como el común de la población, experimentaban rechazo social y la internalización del estigma.

Objetivos. Analizar el nivel de autopercepción del estigma en pacientes con esquizofrenia en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM HD-HN) en el mes de abril del 2020. **Materiales y métodos:** El estudio será observacional, descriptivo, de tipo transversal. Se utilizarán un formulario de datos sociodemográficos, se aplicará la Escala de Estigma internalizado de King en español. La población estará conformada por las personas con diagnóstico de esquizofrenia que acudan a consulta en el mes de abril del 2020, se tomará en cuenta a toda la población para el presente estudio, por lo que no se calculará tamaño muestral. Los resultados serán expresados en frecuencias y porcentajes y se utilizará el programa SPSS 20 para generar las medidas de resumen.

Palabras claves: *Estigma, Esquizofrenia, Psiquiatría.*

INTRODUCCIÓN:

El estigma es un atributo asignado a una persona víctima de ello que lo desvaloriza y degrada como ser humano.

Desde tiempos muy antiguos el padecer una enfermedad mental, era considerado como un castigo del cielo. Posteriormente se intentaría explicar las causas de estos problemas planteándose hipótesis más racionales.

Pese a la aceptación progresiva que las hipótesis científicas tenían frente a las hipótesis mágicas o religiosas, e inclusive la evidencia que el tratamiento terapéutico mejoraba las condiciones de salud de los pacientes, el estigma del cual eran víctimas no logró ser extinguida.

Stucchi (2013), realizó una revisión en donde describe episodios en los que a través de la historia, los conceptos de enfermedad mental permitieron que las personas que lo padecieron, fueran víctimas de maltrato y muchos de ellos murieron debido a la concepción que se tenía en ese momento determinado. (1)

El estigma no solo afecta de forma social a la persona que lo padece, sino también lo afecta en el ámbito individual, ello se debe a que, al experimentar el estigma y la discriminación, la persona se siente rechazada, maltratada y ello contribuye al distanciamiento de los grupos sociales es decir lo conduce a la soledad.

El desarrollo de la persona dentro de la sociedad no solo se ve afectada por los síntomas propios de la enfermedad, sino que su mejoría también se ve obstaculizada por ser víctima del estigma.

Arque (2016), realizó una revisión sobre los estudios realizados en América latina, encontrado escasos trabajos sobre estigma. En los países latinoamericanos en donde se realizó algún tipo de estudio sobre la percepción de los pacientes con alguna enfermedad mental, encontró que ellos son percibidos como potencialmente peligrosos, violentos, impredecibles y que no eran capaces de desarrollar actividades laborales como el resto de la población. Así mismo refiere que el nivel de estigmatización depende del diagnóstico, duración, tratamiento recibido y el grado de funcionalidad del individuo. El grado de estigma también se ve influenciado si la persona con diagnóstico psiquiátrico tuvo o no historia de hospitalización. (2)

El Instituto Nacional de Salud Mental de nuestro país (2015), manifiesta que nueve de diez personas que reconocen tener problemas de tipo emocional, no buscan atención en los servicios de salud mental.

Hace referencia también a las actitudes de la población tomadas hacia las personas con algún trastorno mental, en donde encontraron que los niveles de aceptación van desde un 13% en la Sierra Rural y un 35.1% en ciudades de la Costa, la actitud de apoyo fue del 58.7% en la Sierra rural y de 42,8% en la Costa. El rechazo de la población nacional peruana frente a las personas con trastorno mental fue del 1,8%. (3)

Según la Organización Mundial de la Salud, la esquizofrenia es el trastorno mental que afecta a más de 21 millones de personas a nivel mundial, así mismo ellos sufren de estigma, discriminación y violación de sus derechos humanos. (4)

La esquizofrenia es un trastorno mental grave, que se encuentra de los grupo de los síndromes psicóticos, se caracteriza porque existe una afectación del pensamiento, de la percepción, de la conducta entre otras áreas tales como el lenguaje, las emociones y la conducta principalmente, es un trastorno tratable, la farmacoterapia desarrollada desde 1950 hasta la actualidad generó resultados positivos en el tratamiento, así como el apoyo psicosocial.

Ochoa (2011) en su estudio sobre la autopercepción del estigma en personas que padecían esquizofrenia, encontró que las áreas que más preocuparon a las personas que intervinieron en el estudio fueron la peligrosidad, el miedo a ser rechazado, la culpa y la pérdida de los roles en la sociedad.

El autoestigma implica internalizar el estigma, es decir la persona experimenta pérdida del autoestima así como la autoeficacia, siendo uno efectos más frecuentes la reducción de las relaciones sociales.

Martín (2017), realizó una revisión bibliográfica sobre el autoestigma, encontrando que las personas con trastorno mental grave como la esquizofrenia, que experimentan niveles de autoestigma, presentaron una menor calidad de vida, así como autoestima y autoeficacia bajos, el soporte social era menor y existía una mayor severidad de síntomas psiquiátricos. Además encontró que el funcionamiento laboral y social era bajo. (5)

Campo-Arias (2014), en su revisión llevada a cabo en Colombia, concluyó que es necesario realizar sensibilización y la educación sobre los trastornos mentales, lo que favorecería la rehabilitación psicosocial dentro de la comunidad, así como se vería favorecida la inclusión tanto social como laboral.(6)

Mora Ríos y Bautista (2014), realizaron un estudio sobre estigma estructural y salud mental en México, evaluaron el estigma y la discriminación que padecen tanto las personas trastornos mentales así como el personal de salud que labora en distintos centros de atención de salud en ciudad de México. Las autoras encontraron que desde el punto de vista de los participantes en general, el estigma y la discriminación son la principal barrera en la atención en salud. Así mismo encontraron que el personal de salud mental está también sujeto a rechazo por parte del gremio médico así como de la sociedad, ello se conoce como estigma por asociación y ello juega un rol importante en la atención. (7)

Alarcón (2017), realizó una revisión sobre el estigma en la práctica psiquiátrica en un hospital general, hace referencia que el estigma puede presentarse de diversas formas, tales como la causalidad física en la cual la persona asigna responsabilidad de su cuadro mental a una enfermedad física que padece; las bromas o “indirectas” ante la posibilidad de presentar un diagnóstico psiquiátrico; los insultos al ser informados de la posibilidad de presentar un trastorno mental, insulta o critica a la familia inclusive al profesional; presentan una actitud de tipo “conspiratoria” ante la posibilidad de una diagnóstico psiquiátrico, ellos refuerza la negación. Alarcón, manifiesta que los diferentes niveles de

rechazo pueden producir daños severos e inclusive permanentes a la relación del hospital con la comunidad afectando a los futuros pacientes que necesiten atención médica psiquiátrica. (8)

Frías (2017), en su estudio sobre estigma y la relevancia del contacto social, realizado en Sta. Coloma de Gramenet en la provincia de Barcelona, analizó las experiencias de pre y postcontacto de la población sujeta al estudio con personas con diagnóstico de esquizofrenia, utilizó el cuestionario AQ-27 para la evaluación del estigma, encontrando que las puntuaciones postcontacto eran menores respecto a las obtenidas en el precontacto. Por lo tanto concluye que favorecer contacto social puede producir un impacto positivo en la reducción del estigma en la población, ello mejoraría la igualdad de oportunidades. (9)

Campo-Arias (2015), realizó una revisión sobre el complejo estigma-discriminación como factor de riesgo para el suicidio, el autor concluyó que el complejo estigma-discriminación tiene un impacto negativo en las personas que padecen trastornos mentales graves asociándose a actitudes suicidas y presentándose como un factor de riesgo para el suicidio. (10)

Morgades-Bamba y otros (2019), realizaron un estudio sobre el estigma internalizado, con el objetivo de ahondar en el proceso mediante el cual el bienestar afectivo, se veía afectado por las dos dimensiones principales del estigma internalizado (estereotipos y alienación), con autoestima y autoeficacia como mediadores. Los autores concluyeron que, en la práctica clínica, se debe hacer un esfuerzo importante para prevenir el estigma interiorizado, especialmente la alienación y para promover el autoconcepto positivo de los pacientes, especialmente, la autoestima. (11)

Li Jie y otros (2017), realizaron un estudio en personas con esquizofrenia que viven en la comunidad en Guangzhou, China, con la finalidad de investigar el estigma, la discriminación experimentada, así como investigar los factores relacionados, los autores concluyeron que las personas con esquizofrenia experimentan estigma y discriminación por lo que como sugieren mayor intervención contra el estigma. (12)

Alex Hofer y otros (2019), realizaron una investigación para determinar si la resiliencia, el ajuste premórbido y la psicopatología, podría tener un impacto diferente en el autoestigma y la resistencia al estigma en pacientes de una clínica ambulatoria especializada. Los autores encontraron que la resiliencia se correlacionó negativamente con el autoestigma y se relacionó positivamente con la resistencia al estigma. Además, detectaron una correlación negativa entre el autoestigma y el funcionamiento académico y social durante la adolescencia tardía, también detectaron que la mayoría de los síntomas residuales se correlacionaron con el autoestigma. Según los investigadores estos datos proporcionan evidencia de que en las futuras intervenciones para la reducción del autoestigma podría considerar el enfocarse en la mejora de la resiliencia para promover la resistencia al estigma de los pacientes con esquizofrenia. (13).

De modo general los estudios publicados sobre autoestigma son pocos, pero aquellos que se realizaron, demuestran que evaluar el autoestigma percibido en los pacientes con esquizofrenia es fundamental, debido que a raíz de los resultados se podría sugerir

medidas de intervención que permitan que el autoestigma disminuya, permitiendo que las personas que padecen esquizofrenia mejoren su autoestima y autofuncionamiento.

Dentro de las intervenciones más sugerida esta la psicoeducación, el mayor contacto de la población con personas que padecen trastornos mentales severos, fortaleciendo la participación de los mismos en actividades de la comunidad.

Por lo tanto el presente proyecto es relevante ya que al detectar el nivel de autoestigma percibido por las personas que padecen esquizofrenia, podríamos no solo mejorar la adherencia al tratamiento, sino implementar medidas de intervención no farmacológica en los pacientes, los familiares, la población y hasta en el propio personal de salud quienes también en varios estudios publicados demostraron tener un elevado nivel de estigma frente a los pacientes con trastorno mental grave.

OBJETIVOS:

1. Analizar el nivel de autopercepción del estigma en pacientes con esquizofrenia en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", en el mes de abril del 2020.
2. Describir el nivel de autopercepción del estigma en pacientes con esquizofrenia en el INSM HD-HN, según el sexo, edad, estado civil, grado de instrucción.
3. Identificar el nivel de autopercepción del estigma en pacientes con esquizofrenia en el INSM HD-HN, según la procedencia, ocupación, tiempo de enfermedad.
4. Describir el nivel de autopercepción del estigma en pacientes con esquizofrenia en el INSM HD-HN, según el ingreso económico familiar, comorbilidades médicas psiquiátricas y cohabitación familiar.

MATERIAL Y MÉTODO:

a) Diseño del estudio:

El estudio descriptivo, observacional, de tipo transversal.

b) Población:

Conformada por usuarios del INSM HD-HN, con diagnóstico de esquizofrenia, que acudan a evaluación por consultorios externos, en el mes de Abril del 2020.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- Ambos sexos.
- Mayores de 18 años.
- Que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes sin diagnóstico de Esquizofrenia.
- Menores de 18 años.
- Descompensación de la esquizofrenia u otra que les impida participar de la encuesta.
- Paciente que no desee participar en el estudio.

c) **Muestra:**

Se tomará en cuenta a toda la población de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, por lo que no se calculará tamaño muestral.

d) **Definición operacional de variables:**

Variable	Definición operacional	Tipo	Escala
Estigma	-Dimensión de discriminación: Rechazo de otras personas - Dimensión de divulgación: temor a divulgar información sobre la enfermedad. - Dimensión de aspectos positivos: Como los sujetos se perciben menos afectados por el estigma.	Nominal	Alto estigma. Bajo estigma.
Edad	Tiempo en años que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Ordinal	≥ 18 años
Sexo	Condición que distingue entre masculino y femenino.	Dicotómica	Masculino Femenino
Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios.	Ordinal	Analfabeto Primaria Secundaria Superior
Ocupación	Actividad o trabajo	Dicotómica	Sí No
Estado civil	Situación determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Nominal	Soltero Casado/Conviviente Divorciado/Separado Viudo
Ingreso económico	Fuente de ingreso fijo mensual.	Nominal	Trabajo Pensión Apoyo familiar
Comorbilidades médicas psiquiátricas.	Coexistencia simultánea de otra enfermedad médica.	Dicotómica	Sí No
Lugar de procedencia	Zona o lugar de donde procede	Nominal	Lima Provincias Otros

a) Procedimientos y técnicas:

Luego de obtener el consentimiento informado por escrito, se entregará a cada usuario un formulario de datos generales, seguido de la Escala de Estigma de King en español. (Ver anexo 1).

La Escala de estigma internalizado de King et al. Está compuesta por 28 ítems los cuales son evaluados con una escala tipo Likert de cinco puntos que va desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo (0 a 4).

Presenta tres subescalas: La subescala de discriminación con preguntas referidas a las reacciones negativas de otras personas. La subescala de divulgación interroga acerca de la vergüenza a dar a conocer su enfermedad para evitar así la discriminación. La subescala de aspectos positivos, evalúa cómo la persona acepta su enfermedad y se perciben menos afectados por el estigma.

Cuanto mayor sea el puntaje, más alto será el nivel de estigma internalizado (autoestigma). (16)

Es importante mencionar que el ISS no fué validado en nuestro país, pese a haber sido utilizado en 2 oportunidades para trabajos de investigación, los cuales solo utilizaron la escala en español. Esto representa una limitación en el proyecto ya que puede generar un sesgo de medición.

b) Aspectos éticos del estudio:

La presente investigación no vulnera los derechos del participante, se respetará y mantendrán los principios bioéticos, como son: Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia de las personas que participarán en esta investigación, sin vulnerar sus valores, intereses y preferencias. Así mismo, se solicitará el consentimiento informado escrito (ver anexo 2) y se mantendrán la confidencialidad de los datos.

A cada uno de los encuestados se le indicará el carácter anónimo y voluntario de la participación en el estudio.

c) Plan de análisis:

Se creará una base de datos en Excel, se utilizará el programa SPSS versión 20.0 para el ingreso de los datos y generación de las medidas de resumen.

Los resultados se expresarán en tablas y gráficos de frecuencias y porcentajes.

Se obtendrán los porcentajes de autopercepción del estigma en estos usuarios, detallando el nivel de estigma (alto o bajo). Se describirán las observaciones para que sean analizados y discutidos.

Para evaluar la relación de variables se utilizará la prueba de Chi² para variables cualitativas y t de Student para variables cuantitativas.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Stucchi P, Santiago. Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. Rev. Neuropsiquiatría. 2013,76 (4), pag. 218-223.
- 2.- Arque Lisbeth, Estigma y violencia contra las personas con trastornos mentales. Serie de Justicia y derechos humanos. Ministerio de Justicia- Perú. 2016, Cap.3, pag 55-68.
- 3.- Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi». (2015). Estigma y discriminación son causas más frecuentes que violan la dignidad y derechos de las personas afectadas en su salud mental. Nota de prensa N° 051.
4. Organización Mundial de la salud. Datos y cifras. Abril del 2018 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>)
- 5.- Martín Nuria, Cuando el estigma se aplica a uno mismo: una revisión bibliográfica del autoestigma en Salud Mental. Universidad de Jaumé. 2017 Pag.3
- 6.-Campo-Arias A, et al, Estigma: Barrera de acceso a servicios en salud mental. Rev. Colombiana de Psiquiatría. 2014, 43 (3), pag. 162-167.
- 7.- Mora-Ríos J y Bautista N, Estigma estructural, género e intersectorialidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. Rev. Salud Mental 2014; Vol.37, N°4, pag.304-312.
- 8.- Alarcón Renato, Estigma en la práctica psiquiátrica de un hospital general. Rev. Med. Condes. 2017, 28 (6), pag 818-825.
- 9.-Frías Víctor, et al. Estigma: Relevancia del contacto social en el trastorno mental. Rev. Enfermería. Clínica. 2018, 28 (2), pag 111-117.
- 10.-Campo-Arias A, Herazo E. El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo del suicidio. Rev. Colombiana de Psiquiatría. 2015, 44 (4), pag. 243-250.
- 11.- Morgades-Bamba C, et al. The impact of internalized stigma on the well-being of people with Schizophrenia. Psychiatry Research. 271 (2019), pag. 621-627.
- 12.- Li Jie, et al. Stigma and discrimination experience by people with schizophrenia in the Community in Guangzhou, China. Psychiatry Research. 255 (2017), pag. 225-231.
- 13.- Hofer Alex, et al. Self-stigma versus stigma resistance in schizophrenia: Associations with resilience, premorbid adjustment, and clinical symptoms. Psychiatry Research. 271 (2019), pag. 396-401.
- 14.- Aakanksha Sing, et al. Stigma and its correlates among caregivers of schizophrenia: A study from North India. . Psychiatry Research. 241 (2016), pag. 302-308.
- 15.-Grandón Pamela, et al. Evaluación del estigma hacia personas con diagnóstico de esquizofrenia mediante una escala de conocimiento. Rev. Colombiana de Psiquiatría. 2018, 48 (2), pag. 72-81.

- 16.- Flores S, et al. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Rev. Salud Mental* 2011; 34, pag. 333-339.
- 17.- King Michael, et al. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness *The British Journal of Psychiatry*. 2007, 190:248-254.
- 18.- Ferriman, A. (2000). The stigma of schizophrenia. *Br J Med*, 24, 281-283.
- 19.-Boisvert, CM, Faust, D. Effects of the label schizophrenia on causal attributions of violence. *Schizophr Bull*, 1999, 25 (3), 479-491.
- 20.-Walsh, E., Buchanan, A., Fahy, T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry*; 2002, 180, 490-5.

PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA:

Presupuesto:

DESCRIPCIÓN	MONTO (S/.)
<i>ÚTILES DE ESCRITORIO</i>	
Papel bond	50.00
Lapiceros	100.00
Subtotal	150.00
<i>SERVICIOS</i>	
Fotocopias	50.00
Impresiones	50.00
Subtotal	100.00

Ingresos: S/.0.00

Egresos (autofinanciado): **S/. 250.00**

Cronograma:

ACTIVIDAD	1 Mes	2 Mes	3 Mes	4 Mes	5 Mes	6 Mes	7 Mes	8 Mes
Búsqueda bibliográfica	■							
Diseño del proyecto		■						
Redacción del proyecto			■					
Presentación del proyecto				■				
Trámites para autorización				■				
Ejecución de cuestionarios					■			
Análisis de datos						■		
Redacción del informe							■	
Trámites de publicación								■

ANEXOS:

Anexo 1: Escala de Estigma de King et al. Versión en español

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

	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1 He sido discriminado en mi vida escolar (primaria, secundaria, preparatoria o profesional), debido a mis problemas de salud mental.					
2 Algunas veces siento que se me da por mi lado debido a mis problemas de salud mental.					
3 El haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más comprensiva.					
4 No me siento mal por haber tenido problemas de salud mental.					
5 Me preocupa decirle a la gente que recibo tratamiento psicológico.					
6 Algunas personas con problemas de salud mental son peligrosas.					
7 La gente ha sido comprensiva con mis problemas de salud mental.					
8 He sido discriminado por la policía debido a mis problemas de salud mental.					
9 He sido discriminado					

por mis patrones o jefes en el trabajo debido a mis problemas de salud mental.					
10 Mis problemas de salud mental me han convertido en alguien que acepta mejor a los demás.					
11 Con mucha frecuencia me siento solo debido a mis problemas de salud mental.					
12 Me asusta cómo reaccionarán los demás si se enteran que tengo problemas de salud mental.					
13 Habría tenido mejores posibilidades en la vida si no tuviese problemas de salud mental.					
14 No me preocupa que la gente de mi vecindario sepa que he tenido problemas de salud mental.					
15 Diría que he tenido problemas de salud mental cuando estoy solicitando un trabajo o empleo.					
16 Me preocupa decirle a la gente que tomo medicamentos o tabletas para mis problemas de salud mental.					
17 Las reacciones de la gente hacia mis problemas de salud mental me hacen callarme cosas para mí mismo.					
18 Estoy enojado con la manera en que la gente ha reaccionado a mis problemas de salud mental.					

19	No he tenido ningún problema con los demás debido a mis problemas de salud mental.					
20	He sido discriminado por profesionales de la salud debido a mis problemas de salud mental.					
21	La gente me ha evitado debido a mis problemas de salud mental.					
22	La gente me ha insultado debido a mis problemas de salud mental.					
23	Haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más fuerte.					
24	No me siento avergonzado debido a mis problemas de salud mental.					
25	Evito decirle a la gente acerca de mis problemas de salud mental.					
26	Haber tenido problemas de salud mental me hace sentir que la vida es injusta.					
27	Siento la necesidad de esconder a mis amigos mis problemas de salud mental.					
28	Se me hace difícil decirle a la gente que tengo problemas de salud mental.					