



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

**FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS**

**ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA**

**ESTIGMA EXPERIMENTADO EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON  
ESQUIZOFRENIA INTERNADAS EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención  
en Psicología Clínica que presenta la Bachiller:

**CAROL MILUSKA MAZA RIVERA**

**(20081101)**

**MIRYAM RIVERA HOLGUÍN**

**Lima, Perú**

**2015**

## Agradecimientos

Agradezco profundamente a Dios y a mis padres, quienes fueron mi soporte constante durante este largo proceso de investigación. Gracias papá por tu paciencia y tranquilidad, por nunca dejar de confiar en mí. Gracias mamá por tu apoyo y preocupación, por estar al pendiente de mis avances y mis logros.

A mi familia en general, por seguir y apoyar cada uno de mis pasos. Especialmente, agradezco a mis hermanos Betsy y Kevin, quienes desde las bromas y el humor me ayudaron en los momentos más tensos y difíciles.

A Miryam, mi asesora, quien gracias a su paciencia y perseverancia supo esperar mis tiempos para procesar toda la información recabada. Gracias por siempre confiar en mí y darme el empujón en los momentos que más necesitaba.

A Katherine Fourment y Ana Caro, miembros de mi jurado, por su sincera disposición y asesoría, las cuales me permitieron mejorar mi trabajo.

A los demás profesionales y trabajadores de la institución donde apliqué, quienes me brindaron su apoyo y consejería en la elaboración de la investigación.

Al *Colectivo Descosidos: Comunicación y Salud Mental*, por adentrarme en el mundo de las personas internadas por una enfermedad mental en hospitales psiquiátricos y en la lucha contra el estigma. Mil gracias a todos mis amigos con quienes compartimos las mejores experiencias de trabajo. También mis agradecimientos a los usuarios del hospital que participaron en ambos proyectos, por compartir sus testimonios y opiniones, los cuales impulsaron mi interés por conocer las experiencias de estigma que vivencian estas personas día a día. Sigamos creciendo a través de la radio.

A la música y al cine, ambos partes fundamentales de mi vida, pues me ayudaron a lidiar con los momentos de mayor estrés.

Y de manera muy especial, quiero agradecer a todas las personas que accedieron participar en el estudio. Mis más sinceros agradecimientos por toda la confianza depositada y por compartir sus experiencias personales, las cuales, esperamos, puedan contribuir con la lucha y el cuestionamiento del estigma.

Finalmente, y no por ello menos importante, agradezco a todas aquellas personas que estuvieron presentes en algún momento de este proceso, y que de una u otra manera, contribuyeron con sus palabras de aliento. Particularmente, agradezco a mis amigos más cercanos, por su escucha incondicional y sus opiniones, las cuales me ayudaron a continuar en la elaboración del proceso.



*“Socialmente la gente los ha etiquetado como ‘locos’ (...). No solamente los maltratan por ello, sino los maltratan porque supuestamente adolecen de algún defecto (...). Los marginan, creen que están locos, no les hablan, no los miran, como si fueran leprosos, los mantienen a distancia, (pensarán) que son locos pues, que son lo peor, lo peor que puede haber en el mundo”*

(Manuel, 43 años).

## RESUMEN

### **Estigma experimentado en personas diagnosticadas con esquizofrenia internadas en un hospital psiquiátrico**

La presente investigación tuvo como objetivo conocer las situaciones de estigma experimentado que ha vivenciado un grupo de personas con diagnóstico de esquizofrenia durante su primer internamiento en un hospital psiquiátrico de Lima, para lo cual se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 12 usuarios de dicha institución. Se encontró que los participantes habían tenido diversas experiencias de estigma tanto en el ámbito individual como social, las cuales estaban mayormente relacionadas con el personal de salud (psiquiatras y enfermeros). Entre las principales experiencias recogidas se encuentran situaciones en donde han recibido comentarios ofensivos o calificativos, han presenciado o vivenciado situaciones de opresión y sujeción mecánica, o han experimentado distanciamiento o abandono de parte de sus familiares. Así mismo, estas experiencias habrían generado algún impacto o repercusión en sus vidas, muchas de las cuales los habían llevado a reflexionar acerca de sí mismos, de su conducta, de sus planes en el futuro y su posible reingreso a la sociedad.

*Palabras clave:* Estigma, estigma experimentado, esquizofrenia.

## ABSTRACT

### **Experienced stigma in people diagnosed with schizophrenia interned in a psychiatric hospital**

The aim of this study was to know situations of experienced stigma in a group of people diagnosed with schizophrenia during his first hospitalization in a psychiatric institution in Lima, for which, a group of 12 users of the institution were asked for a semi-structured interview. Different experiences of stigma were found both at the individual and social and mostly were related to health professionals (psychiatrists and nurses). Among the main experiences are situations where they have received offensive comments or adjectives, have witnessed or experienced situations of oppression and mechanical fastening, have been experienced social distancing or been abandoned by their families. Also, these experiences have generated an impact in their lives, many of which have led them to reflect on themselves, their behavior, their future plans and their possible re-entry to society.

*Key words:* Stigma, experienced stigma, schizophrenia.

## TABLA DE CONTENIDOS

	Página
<b>Introducción</b> .....	5
<b>Método</b> .....	17
Participantes.....	17
Técnica de recolección de información.....	18
Procedimiento.....	19
Análisis de información.....	21
<b>Resultados y Discusión</b> .....	23
Experiencias de estigma en el ámbito individual.....	23
Percepción del internamiento como encierro.....	23
Impacto del internamiento en sus vidas.....	24
Impacto de las etiquetas y el tratamiento farmacológico.....	25
Experiencias de estigma en el ámbito social.....	27
Experiencias con los doctores.....	28
Experiencias con los enfermeros.....	30
Experiencias con los familiares.....	33
Experiencias con los amigos.....	34
Expectativas fuera del hospital.....	35
Expectativas de vida luego del alta.....	36
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	41
<b>Anexos</b>	
Anexo A: Consentimiento Informado.....	51
Anexo B: Ficha de datos sociodemográficos.....	53
Anexo C: Guía de entrevista semi-estructurada.....	55

## Introducción

El estigma hacia la enfermedad mental es un fenómeno que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad (Stuart, 2008), y que a pesar de las diferentes investigaciones, revisiones sistemáticas y propuestas para enfrentarlo, se mantiene estable a través del tiempo (Schomerus et al., 2012); e incluso para algunos autores parece haberse incrementado de manera global (Henderson & Thornicroft, 2009).

Si bien el estigma no es inherente a la naturaleza humana, se desarrolla de acuerdo al contexto socio-cultural, por ello ha atravesado por diferentes momentos (Krajewski, Burazeri & Brand, 2013). Sin embargo, las enfermedades mentales parecen estar asociadas con el estigma de manera universal y con menor dependencia de las contingencias históricas y culturales, lo que convierte al estigma hacia la enfermedad mental en un fenómeno transcultural (Switaj, Wciórka, Grygiel, Smolarska-Switaj, Anczewska & Grzesik, 2011), puesto que este tipo de enfermedades son generalmente las más estigmatizadas (Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius & Leese, 2009).

El término “estigma”, cuyo origen es griego, inicialmente era utilizado para referirse a aquellos signos o marcas corporales con los cuales se identificaban a las personas con bajo estatus moral o que exhibían algo “malo”, y era esta “marca” o característica la que usualmente generaba actitudes negativas hacia aquel que la portaba (Thornicroft, Rose, Kassam & Sartorius, 2007). Durante el siglo XIX el estigma se exacerbó debido a la separación entre los sistemas de salud mental de la corriente de cuidado en salud (Shrivastava, Johnston & Bureau, 2012). Fue recién en 1963 que Erving Goffman definió oficialmente el estigma como un atributo personal negativo y en extremo denigrante, que hace a una persona diferente de las demás –de una clase indeseable o de inferior categoría–, ya sea por poseer alguna condición, atributo, rasgo o comportamiento considerado “culturalmente inaceptable”; reduciéndola y llevándola de ser una persona completa a ser alguien “contaminado” y que no cuenta (Goffman, 2006). Posteriormente, esta definición recibió diversas críticas por encontrarse muy enfocada en lo individual y por definir pobremente el estigma. Por ello, Link y Phelan en el 2001 redefinieron el estigma como la co-ocurrencia de los procesos de etiquetamiento, estereotipación, separación, pérdida de estatus y discriminación, los cuales interactúan entre sí generando el estigma en un contexto en donde el poder es ejercido.

Debido a la complejidad del fenómeno diversos investigadores han tratado de explicar por qué ocurre la estigmatización. No obstante, para efectos de la presente investigación se considerarán las siguientes dos perspectivas. La primera considera que la estigmatización forma parte de una tendencia a categorizar y generalizar aquellas características a las que el ser humano teme, ya sea por los comportamientos que salen de lo esperado o porque son interpretados como amenazas o situaciones de las cuales uno debe alejarse (Crisp, 2001). Es importante tener en cuenta que el estigma, al ser un producto interactivo de las relaciones sociales, conlleva a que cada persona asuma un rol específico,



más no único (Goffman, 2006). Es decir, mientras que en algunos contextos se puede asumir el rol de estigmatizado, en otros podría ser aquel que estigmatiza a una persona o grupo.

Por otra parte, en la segunda perspectiva Aretio (2010) señala que la estigmatización es parte del proceso de categorización social, pues cuando a una persona se la nombra en función de un rasgo desacreditador (p. e. “esquizofrénica”), se evidencia en el fondo el producto de la lucha social por el poder, el cual se da dentro de una dinámica específica de acuerdo a cada cultura y al momento histórico de cada sociedad. Así, se convierte en un proceso estructural en el que se establecen las categorías para ubicar o asignar atributos preestablecidos a las personas; sin embargo, cuando la persona con la que se interactúa ya porta un estigma (p. e. tener una enfermedad mental), se le atribuyen características desacreditadoras, las cuales pasan a convertirse en el rasgo central de su personalidad, ocultando o minimizando el resto de sus atributos, llegando en ocasiones a acaparar la totalidad de la identidad, desacreditando y deshumanizando a la persona que lo porta.

De esta manera, el estigma juega un rol importante o clave en la producción y reproducción de las relaciones de poder y control, y se encuentra fundamentalmente vinculado a la dominación; además, puede generar discriminación, estereotipia y exclusión social (Parker, 2012). En este sentido, el estigma puede ser visto desde una doble perspectiva: como una marca o atributo individual que se le adjudica a la persona con ciertas características indeseables o estereotipos negativos, y como un producto socialmente construido derivado de la socialización (Pedersen, 2009). Así, para Phelan, Link y Dovidio (2008) el estigma cumple tres funciones importantes: explotación y dominación, aplicación de normas sociales y evitar la cualidad o atributo no deseado; es mediante ellas que se conservan las relaciones de poder desigual, se somete a las personas poco atractivas socialmente y se las mantiene lejos.

En general, la estigmatización realizada a cualquier grupo humano está compuesta por tres elementos o dimensiones: cognitivos, que se refieren a los conocimientos o creencias, ambos generalmente negativos que describen a la persona o grupo (estereotipo); emocionales, que son aquellas actitudes o reacciones emocionales negativas que generan los estereotipos, y también son conocidos como prejuicios; y los conductuales, los cuales consisten básicamente en la conducta negativa o de discriminación producto de los anteriores (López et al., 2008; Brohan, Slade & Thornicroft, 2010; Paredes, Jiménez & Vázquez, 2012). Para autores como Thornicroft et al. (2007), el estigma ocurriría cuando se presentan problemas en al menos uno de estos tres elementos, ya sea mediante la ignorancia de un atributo o cualidad, los prejuicios o la discriminación. Por ejemplo, en el caso particular de la enfermedad mental, los estereotipos más comunes son los de peligrosidad, violencia, impredecibilidad y debilidad de carácter, mientras que los prejuicios habituales son el miedo y la desconfianza, llevando así a discriminaciones efectivas y comportamientos de rechazo frente a este grupo (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo & Guillén, 2009).

Particularmente, en el ámbito del estigma asociado a la enfermedad mental es necesario diferenciar entre los tipos de estigma que han sido identificados. De manera global, se considera que

existen dos tipos: estigma percibido o anticipado y estigma experimentado (Brohan, Slade, Clement & Thornicroft, 2010).

El estigma percibido o anticipado se refiere al temor que percibe o siente la persona que está presente en la comunidad o sociedad a partir de una condición de salud potencialmente estigmatizante; mientras que el estigma experimentado se refiere a las experiencias reales y directas de discriminación, de rechazo, exclusión social, indiferencia e intolerancia que han sido vivenciadas debido a una condición de salud; y también incluye el ser partícipe de restricciones a partir de la condición de salud que presenta la persona afectada (Depla, de Graaf, van Weeghel & Heeren, 2005; Van Brakel et al., 2006). Es importante mencionar que tanto el estigma percibido como el estigma experimentado presentan altos porcentajes de incidencia entre las personas que poseen un trastorno esquizofrénico, siendo el 55% de estos quienes realmente han experimentado estigma debido a su enfermedad (Gerlinger, Hauser, De Hert, Lacluyse, Wampers & Correll, 2013).

Específicamente, el estigma experimentado se direcciona en tres niveles: institucional o estructural, social e individual (Livingston & Boyd, 2010). En el nivel estructural las experiencias de estigma se presentan dentro de un marco de reglas, políticas y prácticas tanto de entidades públicas como privadas, en donde son estas las que controlan y limitan los derechos y oportunidades de las personas; sin embargo, en el nivel social se presentan en las relaciones interpersonales, en donde son las reacciones de la población en general (ya sea de aprobación o discriminación) las que se manifiestan en contra de las personas estigmatizadas (Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005).

Por otra parte, el nivel individual se refiere al plano personal en donde se experimenta estigmatización debido a la internalización de la vergüenza, culpa, pérdida de esperanza, pena y miedo a la discriminación asociados con la enfermedad mental, convirtiéndose así en el estigma que siente la persona hacia sí misma; por ello es considerado como una de las consecuencias más graves de la estigmatización ya que implica la internalización de las valoraciones negativas que tienen los otros hacia sí mismos (Muñoz & Pérez-Santos, 2011). Si bien es considerado por muchos como un tipo de estigma, algunos autores consideran el autoestigma como un tipo de respuesta frente al estigma debido a una enfermedad mental, de la misma manera en que otras personas responden reaccionando con cólera u otras emociones negativas; no obstante, a largo plazo este tipo de estigma o de respuesta conllevaría a un proceso de transformación de identidad, pues estas personas llegan a adoptar una mirada estigmatizante de sí mismos (Yanos, Roe, Markus & Lysaker, 2008).

Un panorama con estas características fue encontrado en 2 ciudades colombianas (Bucaramanga y Floridablanca), en donde las personas que tenían una enfermedad mental y que se encontraban hospitalizadas mostraron una percepción de la enfermedad mental ligada con la creencia de habilidades limitadas, estados de incapacidad, deterioro psicológico y físico. Estas personas han interiorizado creencias basadas principalmente en la deshabilitación de la persona internada en un hospital psiquiátrico, viéndola como una persona pasiva, incapaz, compartiendo así el estigma presente en la sociedad (Álvarez, Acevedo & Durán, 2008).



Se dice que las enfermedades mentales son las más estigmatizadas, ya que al ser comparadas con las demás enfermedades físicas se ha encontrado que las personas que padecen trastornos mentales experimentan con más frecuencia situaciones de estigmatización debido a su enfermedad (Switaj, Wciórka, Grygiel, Smolarska-Switaj, Anczewska & Grzesik, 2011). Como se puede observar, la estigmatización es un fenómeno que ejerce influencia en distintas direcciones y actores, creando un proceso de exclusión, sesgo y rechazo hacia personas con diagnóstico de enfermedad mental; y generando una doble problemática para ellos: mientras por un lado tienen que sobrellevar sus síntomas, por otro, tienen que lidiar con el rechazo y estigmatización de los demás (Paredes, Jiménez & Vázquez, 2012).

Buena parte del rechazo hacia este grupo –especialmente hacia aquellos con diagnóstico de esquizofrenia– se debe a la atribución de violencia presente en el estigma hacia esta población. En otras palabras, a las personas con enfermedades mentales se les atribuyen características de violencia, otorgándoles principalmente el carácter de agresores más que de víctimas, asociándolos a una propensión a la violencia y aumentando así la invisibilización del riesgo de ser maltratados; sin embargo, algunos resultados señalan que estas personas son con frecuencia más víctimas de violencia que agresoras (Astrain, 2011). Se cree que las enfermedades mentales son criminalizadas debido a los comportamientos perturbadores o socialmente extraños, y principalmente debido a que quienes intervienen en las crisis de salud mental son frecuentemente los policías en lugar del sistema de salud mental, contribuyendo así al incremento de la prevalencia de personas con enfermedades mentales en prisión (Shrivastava, Johnston & Bureau, 2012).

Por ello, es importante subrayar la diferencia entre el concepto de violencia asociado al trastorno esquizofrénico y el concepto de peligrosidad social (González et al., 2008). Si bien este grupo de personas tiene un mayor riesgo de implicarse en situaciones violentas, es más frecuente que ejerzan el papel de víctima que el de agresor (López, Lavia & López, 2009), ya que se sabe que la mayoría de los actos violentos son cometidos por personas sin trastornos mentales (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007); y las probabilidades de que estas personas sean víctimas de violencia es entre dos y cuatro veces superior a la de la población en general, pues la cifra de víctimas supera a la de agresores (Maniglio, 2009). Inclusive, en las sociedades occidentales menos del 5- 10% de los actos calificados como violencia criminal están relacionados con una enfermedad mental (González et al., 2008).

Chuaqui (2005) decidió investigar acerca de estos estereotipos de violencia en Chile, en donde encontró que la mayoría de empresarios considera que las personas que tienen una enfermedad mental no podrían desempeñarse adecuadamente en el trabajo ya que los consideran “potencialmente peligrosos o violentos, inestables, poco confiables”; no obstante, también encontró que los vecinos de estas personas manifestaron opiniones más positivas que los familiares, posiblemente debido a que se encuentran menos involucrados con las situaciones generadas por la enfermedad mental (p. e. las crisis, recaídas, etc.). Esto se debería a que la mayoría del público general asume que las personas con trastornos mentales son impredecibles e inmanejables, y además los consideran como una amenaza al

orden social y a la seguridad de las personas (Kelly, 2005). Así, la violencia, del tipo que sea, se convierte en un tema primordial en esta población, dado que daña la salud mental de la víctima y a su vez, el trastorno puede hacerlos más vulnerable a la agresión (Loinaz, Echeburúa & Irureta, 2011).

Otras de las consecuencias más graves que produce el estigma están en el ámbito social, no solo por los problemas de adaptación, sino también por las situaciones de estigmatización y exclusión que experimentan (Magallares, 2011). Estas consecuencias incluyen ostracismo y aislamiento, así como desmoralización, desesperanza, baja autoestima (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005), una menor búsqueda de ayuda y menor cumplimiento del tratamiento, llegando en ocasiones a ser más nocivas que los síntomas mismos, y generando dificultades graves en las relaciones sociales, la vivienda y el empleo (Rosenheck et al., 2006; Stuart, 2006).

Overton y Medina (2008) identificaron otras formas en que el estigma impacta a las personas que padecen de un trastorno mental, entre las cuales se encuentran la falta de oportunidad de empleo, limitaciones en la búsqueda de una vivienda adecuada y barreras en la obtención de servicios de tratamiento. Además, se considera que el estigma empeora la calidad de vida de la persona, afectando negativamente las oportunidades de educación e inserción laboral, e interfiriendo con los esfuerzos de rehabilitación, perturbando la vida en familia, empobreciendo y debilitando la red social de soporte (Pedersen, 2009).

Por ejemplo, en el caso del estigma que han experimentado las personas que se encuentran internadas, se ha encontrado una correlación moderada pero significativa entre el bajo nivel de adherencia al tratamiento y un mayor nivel de estigmatización percibido, lo que conlleva a que estas personas sean encasilladas en una serie de etiquetas, prejuicios y estereotipos que dificultan la posibilidad de rehabilitarse y reinsertarse socialmente de una manera adaptativa en su entorno (Flores, Medina, Robles & Páez, 2012). Asimismo, las investigaciones realizadas en diversos países y contextos han señalado que las áreas más comunes de estigmatización experimentada fueron en el ámbito social al tratar de hacer o mantener relaciones sociales con los amigos, en las relaciones familiares, al tratar de mantener o encontrar un trabajo, en la intimidad y en las relaciones sexuales (Thornicroft et al., 2009).

La estigmatización no solo limita el bienestar, sino también la capacidad de adaptación e integración social de estas personas (especialmente aquellas cuya enfermedad mental es de carácter grave y crónico), afectando también a sus familiares y los profesionales de la salud mental (Muñoz et al., 2009). Así, la estigmatización hacia la persona con enfermedad mental se convierte en un obstáculo en la promoción de la salud mental que se le debe brindar, y es una barrera para la búsqueda de tratamiento y la adherencia al mismo (Bambauer & Prigerson, 2006). La persona que padece la enfermedad mental es quien recibe principal y directamente la carga del estigma, es segregada de sus grupos de pertenencia, y al ser internada en una institución se daña la red de sus relaciones y queda totalmente aislada de sus círculos sociales; en otras palabras, “al trauma de experimentar un trastorno

mental se suma la devastadora experiencia de la marginación, que afecta cada vez más su mermada autoestima” (León, 2005, p. 34).

De esta manera, el estigma se convierte en un factor de riesgo con graves consecuencias negativas para la salud mental, particularmente en el caso de la esquizofrenia y la psicosis, ya que al reducir la disposición de la persona a adherirse al tratamiento, se incrementa la probabilidad de los comportamientos violentos e intentos de suicidio, así como se prolonga la duración de la enfermedad y los efectos neurotóxicos (Shrivastava, Johnston & Bureau, 2012). Para González (2009), la estigmatización hacia estas personas estaría más relacionada con la etiqueta del diagnóstico mental que reciben, la estancia prolongada en un centro de salud mental o incluso el reiterado ingreso a estas instituciones; sumado a las consecuencias corporales y conductuales producto de la medicación recibida (lentitud, dificultades al hablar, etc.), las cuales marcan la diferencia con respecto a los demás, una diferencia que no es deseable socialmente y que conlleva a que sean excluidos.

En este ámbito, los trastornos psicóticos son considerados como los más estigmatizantes, probablemente debido a las características de estas enfermedades mentales, las cuales son consideradas socialmente como las más disruptivas (Magallares, 2011). De este grupo, los estudios han demostrado que las personas que padecen esquizofrenia son quienes enfrentan mayor estigma en la sociedad (Griffiths et al., 2009), ya que esta enfermedad es percibida como más propensa a la violencia, y suele producir más reacciones negativas por parte de familiares, amigos y compañeros de trabajo (Putman, 2008).

Ochoa et al. (2011) señalan que las personas que padecen esquizofrenia conforman uno de los grupos más excluidos, ya que llegan a ser considerados como personas agresivas, raras, impredecibles en su conducta, débiles, improductivos, con quienes no se puede razonar, crónicos y culpables de su enfermedad; así mismo, el estigma hacia este grupo también se encuentra presente en sus familiares, puesto que muestran conductas de vergüenza y secretismo relacionados a un sentimiento de culpabilidad hacia la enfermedad, el cual los lleva a ocultar la condición de enfermedad mental, causando aislamiento de los demás hacia la persona que padece el trastorno.

Si bien ya se ha mencionado la presencia del tema de la violencia en el estigma hacia la enfermedad mental, es importante resaltar que este, junto con el tema de la agresividad, tienen mayor presencia y relevancia en el caso del estigma hacia la esquizofrenia, puesto que son el componente básico del conjunto de actitudes sociales negativas que conforman este estigma (Angermeyer & Dietrich, 2006; Read, Haslam, Sayce & Davies, 2006; López et al., 2008). Para revisar estos temas, se realizó una investigación con 500 pobladores de la ciudad de São Paulo (Brasil), a quienes se les entrevistó, y se encontró que la mayoría de entrevistados (74.2%) percibían a estas personas como potencialmente peligrosas, e inclusive creían que estas personas, especialmente si eran hombres, podrían cometer actos peligrosos en contra de la gente (Toledo & Luis, 2011).

No obstante, se sabe que muchas veces estas conductas violentas son derivadas de los síntomas propios de los trastornos psicóticos, e inclusive también de los efectos secundarios de la medicación y

otros factores añadidos relacionados con condiciones deficientes de vida (Gaebe, Zäske & Baumann, 2006). Las revisiones bibliográficas demuestran que estos episodios de conductas violentas solo afectan a una minoría de personas que padece estas enfermedades mentales (Maden, 2007), y esto no significaría que representen un peligro para la sociedad (González et al., 2008).

De la misma manera, las cifras a nivel mundial sitúan a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves con riesgos entre 3 y 6 veces superiores a la población en general, lo que significaría que se trata más bien de un grupo vulnerable a los maltratos y violencia (López et al., 2008). En este caso, el tema del maltrato es particularmente importante, ya que constituye un estresor adicional que altera el curso y el pronóstico del trastorno mental existente, debido a sus implicaciones clínicas, sociales y culturales importantes (Hernández de Cadena & Escobar, 2004).

Además de las fuertes expectativas de comportamiento violento, el estigma hacia la esquizofrenia también incluye expectativas de falta de capacidad personal y habilidad para mantener un empleo remunerado o tomar decisiones fundadas, llevando a que las personas los eviten o se distancien socialmente de ellos, interfiriendo en diversas oportunidades para conseguir un trabajo, tratamiento para su salud mental, vivienda y calidad de vida en general, y en muchas ocasiones conllevando a que se sientan inferiores a los demás miembros de su comunidad (Lysaker, Roe, Ringer & Erickson, 2010).

El distanciamiento social hacia esta población es otro aspecto recurrente en el tema del estigma hacia la esquizofrenia. Por ejemplo, Senra, De arriba y Sepame (2008) investigaron la presencia del estigma en un grupo de estudiantes universitarios españoles, y encontraron que los diferentes tipos y grados de experiencia con esta enfermedad influían significativamente en la aceptación o rechazo de la persona con esquizofrenia. La experiencia directa –es decir, conocer a alguien con ese diagnóstico– estaba asociada significativamente con una mayor tendencia a rechazar el contacto social con estas personas, mientras que la intención de conducta discriminatoria destacaba más en los participantes con experiencia indirecta, y en aquellos que carecían de experiencia, ya que solían tener una imagen estereotipada de las personas con trastornos mentales, aprendida en el proceso de socialización y reforzada por los medios de comunicación. Resultados similares fueron encontrados por Norman, Windell y Manchada (2010) en una muestra de estudiantes universitarios en Canadá, a quienes evaluaron acerca de sus creencias sobre la depresión y la esquizofrenia, y encontraron que el nivel de distancia social era influenciado por la percepción de peligro, la adecuación social de la persona y los costos y beneficios de la interacción.

Por otra parte, del lado de las personas que padecen esquizofrenia, se sabe que la estigmatización hacia esta enfermedad tiene un impacto significativo en sus vidas, tal y como se encontró en el estudio de Shrivastava et al. (2011), en donde estas personas señalaron que el estigma proviene en mayor medida de las actitudes de la comunidad en general, y también de los compañeros de trabajo y familiares. Así mismo, consideran que el estigma es causado principalmente por una falta de conocimiento acerca de la esquizofrenia, así como por la naturaleza de la enfermedad en sí y los



síntomas comportamentales. Esto fue corroborado en dos grandes estudios internacionales, en donde se encontró que una proporción significativa de esta población en efecto experimentaba situaciones de estigma por su condición de salud mental, y debido a este tipo de experiencias estas personas llegaban a internalizar y anticipar el estigma (Thornicroft et al., 2009; Brohan, Elgie, Sartorius & Thornicroft, 2010).

Un estudio realizado en Turquía (Ertugrul & Uluğ, 2004) decidió profundizar aún más al trabajar con las experiencias de estigma que había tenido un grupo de personas diagnosticadas con esquizofrenia que se encontraban internadas en un hospital psiquiátrico. Los autores decidieron investigar si existía alguna relación entre los síntomas de estas personas diagnosticadas y la estigmatización que ellos recibían, y encontraron que las personas que tenían síntomas positivos (p. e. alucinaciones) o se encontraban más graves y presentaban mayores niveles de psicopatología en general, reportaban niveles significativamente mayores en la percepción de la estigmatización, observándose así que la relación entre la percepción de la estigmatización y los síntomas de la enfermedad forma un círculo vicioso en el que ambos se refuerzan mutuamente, y solamente la interrupción de este círculo permitiría aumentar la capacidad de adaptación de estas personas.

Para corroborar lo anterior Lysaker, Roe, Ringer y Erickson (2010) investigaron la posible relación entre la experiencia estigmatizadora y los síntomas presentes, para lo cual hicieron mediciones concurrentes y prospectivas tanto de experiencias de discriminación debido a la enfermedad mental como de internalización del estigma a un grupo de personas diagnosticadas con esquizofrenia asistentes a un hospital español. Los niveles más altos de estigma experimentado se asociaron con mayores niveles de síntomas positivos y de malestar emocional, inclusive a los cinco meses de realizada la evaluación. Los investigadores llegaron a conclusiones similares a las del estudio anterior al señalar que ambos factores se exacerban entre sí en una compleja interacción dando lugar a un círculo vicioso; asimismo, señalaron que los síntomas positivos y los síntomas de malestar emocional pueden provocar que estas personas se vuelvan vulnerables a la internalización del estigma.

La percepción de las experiencias de estigma hacia su enfermedad conllevaría a que muchas de las personas con esquizofrenia se consideren así mismas como sujetos peligrosos y culpables de su enfermedad mental, tal y como se encontró en un estudio realizado en España, en donde además, las personas también manifestaron miedo al rechazo o discriminación por parte de la sociedad, lo cual las llevaba a ocultar su enfermedad, y un sentimiento de pérdida del control sobre su vida, motivo por el cual consideraban necesitar de la supervisión y sobreprotección de la familia (Ochoa et al., 2011).

Situaciones similares fueron encontradas en nuestro contexto peruano por la Defensoría del Pueblo (2009) en su último informe respecto al área: *“Informe sobre la Salud Mental y Derechos Humanos: supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables”*. Se encontró que la palabra de las personas con trastornos mentales es considerada de poco valor, lo cual dificulta su reconocimiento como sujetos de derecho y como ciudadanos, debido a la estigmatización con que se les señala, siendo principalmente los prejuicios sociales y la

desinformación los que llevan a la sociedad a considerar a las enfermedades mentales como incurables. Se concluyó que de todos los sectores de la población, las personas internadas en centros de salud mental afrontan una situación de mayor indefensión y son más vulnerables a posibles violaciones de sus derechos, principalmente por parte de aquellos que les brindan tratamiento y cuidados debido al alto grado de dependencia que tienen hacia estos. Respecto al modelo de atención vigente en la política de salud pública actual, agregó que corresponde a un modelo centrado en la atención en el hospital, el cual restringe su campo de acción a los problemas psíquicos, dificultando así una comprensión del ser humano como una unidad bio-psico-social, y centrándose en el tratamiento farmacológico de los síntomas sin otorgarle mayor relevancia a la palabra de estas personas ni a otras variables contextuales que puedan influir en ellos.

Moll (2009) investigó al respecto y encontró que los trabajadores de dos de las tres instituciones psiquiátricas existentes en Lima Metropolitana tenían dificultades para integrar y definir la salud mental, y que más bien se acercaban a una visión dualista de salud y enfermedad, sin concebirla como un continuo entre lo biológico, psicológico y social. Así mismo, los participantes manifestaron una tendencia a diferenciarse de quienes sufrían enfermedades mentales mostrando así una expresión paternalista y distanciada en su discurso, atribuyendo una naturaleza crónica, deteriorante y negativa hacia estas personas, lo cual les generaba una actitud de rechazo y desesperanza frente a su condición.

Sobre el área de los profesionales de salud, la última evaluación general realizada en todo el país por el Ministerio de Salud (MINSA, 2008) señaló que en el Perú solo se cuenta con 581 médicos especializados en psiquiatría, es decir, un promedio de 2,1 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, de los cuales solo la tercera parte trabaja en establecimientos del MINSA. De este grupo, se sabe que muchos padecen del síndrome de agotamiento crónico, el cual conlleva a que tengan una actitud negativa, de desagrado y poca motivación en su desempeño laboral, repercutiendo así en el trato y servicio que brindan, sobre todo a las personas internadas a quienes además les transmiten desesperanza en cuanto a su mejoría o rehabilitación. Para la Organización de las Naciones Unidas (2013), esta actitud se considera muy importante ya que aunada al estigma existente hacia la enfermedad mental, los profesionales llegan a considerar que las personas con trastornos mentales son difíciles de tratar, poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones, generando rechazo y pudiendo llegar a privar a las personas afectadas de atención médica y apoyo y además, en muchos casos disuaden a las personas de recurrir a los servicios de salud mental.

El marco legal peruano en políticas de salud contempla, tanto en la Constitución Política como en la Ley General de Salud y otros artículos de la carta magna, que las personas con discapacidad mental –como se les conoce legalmente a aquellos que padecen enfermedades mentales– tienen distintos derechos tales como el “derecho a la libertad, al internamiento en establecimientos de salud mental, a recibir un consentimiento informado, a recibir un trato digno, a que se les dé un tratamiento lo menos restrictivo y alterador posible, y a su integridad personal” (MINSA, 2008, p. 11). A pesar de ello, se estima que entre el 2% y el 6% de las personas internadas en los hospitales psiquiátricos del



país “fueron *restringidos* –es decir, se les colocó algún dispositivo físico que no podían quitar con facilidad– o *aislados* –colocados en solitario en un espacio confinado– por lo menos una vez en el último año (MINSA, 2008, p.17).

Asimismo, la última evaluación nacional realizada por la institución Mental Disability Rights International y la Asociación Pro Derechos Humanos (2004) señaló que existen varias violaciones graves a los derechos humanos tales como tratos inhumanos y degradantes al interior de las instituciones, discriminación al proveer los servicios sociales y de salud, incumplimiento del consentimiento informado, violaciones al derecho a integrarse en la comunidad, entre otras; las cuales serían producto de factores como el incumplimiento de las leyes y estándares legales, la discriminación, el estigma y la falta de oportunidades, una falta del financiamiento por parte del Estado y la incapacidad heredada históricamente de incluir a estas personas, generando así consecuencias importantes en aquellos que tienen una enfermedad mental, pues ambas instituciones concuerdan en que al negarles un nivel básico de tratamiento y apoyo social en la comunidad a estas personas, difícilmente podrán mantener trabajos para los cuales, de otra manera, serían completamente capaces.

A pesar de que existen pocas investigaciones desarrolladas al respecto en nuestro contexto, Li Ning, Rondón, Mina y Ballón (2003) estudiaron a 50 personas diagnosticadas o con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo en Lima para evaluar cuáles eran las posibles causas de sus recaídas. Encontraron que el sujeto que padece de esquizofrenia es señalado como poco confiable, peligroso y portador de la mayor anormalidad, y que sus familiares presentan un alto nivel de malestar psicológico, lo cual aunado a la falta de conocimientos sobre la enfermedad dificultan su capacidad de cuidado y apoyo hacia estas personas. Esto se debería a que tanto la conducta como las actitudes de la gente que rodea a estas personas son de vital importancia e influencia en su proceso de rehabilitación, y hasta cierto punto esta depende de esos factores (León, 2005). Todas estas variables que intervienen en el proceso de tener una enfermedad mental afectan a diversos actores; y si no hay una comprensión real del problema, el círculo vicioso creado por la estigmatización seguirá reforzándose, aumentando la alienación y exclusión hacia estas personas (Lolich & Leiderman, 2008).

En este sentido, se considera importante investigar acerca del estigma ya que es considerado un gran problema social (Lysaker, Roe, Ringer & Erickson, 2010). Más aún, es fundamental investigar acerca de las experiencias directas de estigmatización, pues existe una tendencia a investigar estos temas abordando otros actores e ignorando o marginando el análisis de las percepciones subjetivas y la experiencia vivida por las personas estigmatizadas (Pedersen, 2009).

Si bien las investigaciones señalan que los niveles de discriminación en contra de estas personas son altos, existen pocos reportes acerca de las experiencias estigmatizantes vivenciadas por esta población (Corker et al., 2013). En otras palabras, la mayoría de estudios suelen enfatizar lo que las demás personas podrían decir u opinar mediante encuestas o situaciones hipotéticas sobre alguien que padece una enfermedad mental, en lugar de explorar las experiencias de aquellos que han sido

diagnosticados con estas enfermedades; lo cual dificulta que se puedan tener ideas claras acerca de cómo intervenir en el fenómeno de la estigmatización o inclusive tener posibles recomendaciones directamente de los mismos usuarios de los servicios de salud mental (Thornicroft et al., 2009).

Ejemplo de ello son los resultados obtenidos por Brohan, Slade, Clement y Thornicroft (2010), quienes revisaron las investigaciones realizadas durante los últimos 10 años en el tema, y encontraron que menos de la mitad de estas exploró las experiencias de estigma debido a una enfermedad mental, pues la gran mayoría se había basado en encuestas de actitudes, representaciones o percepciones de esta población, excluyendo a los participantes directos de las situaciones de estigma, perdiendo de esta manera el enfoque en los derechos humanos, la injusticia y la discriminación que experimentan realmente las personas con una enfermedad mental, subestimando así tanto la estigmatización como sus consecuencias en términos individuales y sociales (Thornicroft et al., 2007).

Como ya se mencionó anteriormente, no hay reportes de investigaciones similares a la presente en el contexto sudamericano e inclusive en la población africana, dado que la gran mayoría de estudios han sido realizados en Europa, Norteamérica, Australia y Asia. Es por ello que el estigma experimentado –o también conocido como las experiencias de estigma– debería convertirse en el nuevo foco de atención, sobre todo porque se le ha señalado como un gran predictor de depresión, ansiedad social, mayor secretismo, baja calidad de vida, baja autoeficacia, baja autoestima, bajo funcionamiento social y bajo soporte (Gerlinger et al., 2013).

Por consiguiente, la presente investigación tiene como propósito conocer las experiencias de estigmatización que ha vivido un grupo con diagnóstico de esquizofrenia durante su primer internamiento en un hospital psiquiátrico de Lima. Esto implica conocer las diversas experiencias estigmatizantes tanto con el personal de salud como con las demás personas internadas, así como las repercusiones o consecuencias que estas puedan haber generado en ellos.



## Método

### Participantes

Participaron doce personas (seis hombres y seis mujeres), cuyas edades oscilaban entre 19 y 47 años. Todos habían sido diagnosticados con esquizofrenia y cursaban su primer internamiento en un hospital psiquiátrico de Lima. Se encontraban internados en el nivel general, es decir, cuando ya habían disminuido los síntomas de la enfermedad y tenían mayor autonomía de sí mismos. Además del tratamiento farmacológico que recibían, asistían a talleres que les permitían desarrollar su motricidad y socializar entre ellos.

Se trabajó con aquellos usuarios que accedieron a colaborar voluntariamente con la investigación. Es importante mencionar que el objetivo fue enfocarse en las experiencias de cada persona (Hernández, Fernández & Baptista, 2010), a fin de entender cómo fueron las experiencias de estigma de cada uno. Por ese motivo, la cantidad de personas entrevistadas fue determinada por la calidad de información obtenida, y los datos se recogieron solo hasta que la información brindada no resultó nueva o relevante para la investigación (Kvale, 2011).

A continuación, se presentarán los datos sociodemográficos; sin embargo, es importante señalar que a cada participante se le ha asignado un nombre a manera de seudónimo, con el fin de preservar la confidencialidad:

Tabla 1:  
*Datos sociodemográficos*

Nombre	Sexo	Edad	Estado Civil	Región de procedencia
Manuel	Masculino	43	Soltero	Lima
José	Masculino	24	Soltero	Lima
Rodrigo	Masculino	37	Soltero	Ayacucho
Fabián	Masculino	27	Soltero	Lima
Pierre	Masculino	19	Soltero	Lima
Rafael	Masculino	20	Soltero	Lima
Mirella	Femenino	33	Conviviente	Loreto
Raquel	Femenino	42	Viuda	Ica
Alice	Femenino	19	Soltera	Lima
Ana	Femenino	47	Soltera	Lima
Edith	Femenino	43	Casada	Lima
Luisa	Femenino	29	Casada	Lima

Tanto los criterios de inclusión y de exclusión propuestos para la conformación de los participantes fueron corroborados en la historia clínica, en donde se encontraba además el informe psicológico, la historia de vida y enfermedad, y el informe de la evaluación interdisciplinaria realizada por los psiquiatras, los enfermeros y los terapeutas. Todas estas evaluaciones habían sido realizadas por el personal de salud de la institución.

Entre los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para la selección se encuentra el diagnóstico recibido en la institución, considerando solamente aquellas personas con diagnóstico único de esquizofrenia. Estas personas no habían sido hospitalizadas previamente, siendo este el primer y único internamiento debido a una enfermedad mental en sus vidas.

Así mismo, todos los participantes debían tener una respuesta positiva al tratamiento, es decir, la medicación y el tratamiento habían logrado reducir los síntomas de la enfermedad. Además, debían contar con tres semanas de internamiento como mínimo, lo cual también permitió que los efectos secundarios del tratamiento farmacológico no fueran significativos y pudieran ser entrevistados sin mayor dificultad.

Por último, mantenían un nivel de funcionamiento adecuado tanto en las áreas sociales como personales; es decir, podían relacionarse con otros y mantenían cierta autonomía en su vida. Esto fue corroborado a través de una herramienta de evaluación del funcionamiento global de la persona de la Organización Mundial de la Salud, la cual fue aplicada por los profesionales de salud del hospital y estaba incluida en la historia clínica.

Por otro lado, como criterios de exclusión se consideraron en primer lugar que los síntomas positivos (p. e. alucinaciones) y negativos (p. e. apatía) no sean los predominantes en el diagnóstico. En segundo lugar, estas personas no tenían algún tipo de deterioro cognitivo, de tal manera que pudieron ser entrevistado sin mayores dificultades.

Todos los participantes fueron informados de manera individual acerca de la naturaleza de la investigación, haciendo énfasis en la participación voluntaria para evitar posibles relaciones con la evaluación o tratamiento que les brinda la institución. Aquellos que aceptaron participar voluntariamente fueron consultados acerca de sus datos personales para así poder obtener las características sociodemográficas del grupo.

Se considera importante mencionar los aspectos éticos que se tuvieron en cuenta para tener los cuidados necesarios con la población con la cual se trabajó. Esta investigación se construyó a partir de una relación de confianza, la cual permitió el desarrollo de un diálogo horizontal y dinámico entre ambas partes, de manera que los participantes fueron reconocidos como sujetos capaces de generar conocimiento y transformar su realidad. Para cuidar esta relación con las personas participantes se elaboró un consentimiento informado anónimo (ver Anexo A), el cual fue leído junto con ellos individualmente para que puedan conocer las características, implicancias y objetivos de la investigación, así como también para pedirles su autorización para grabar la información que brinden. Si bien se les solicitó firmar este documento, se cuidó estrictamente de no incluir alguna característica que pueda revelar su identidad durante el desarrollo de la investigación.

### **Técnica de recolección de información**

Para la presente investigación se elaboró una *entrevista semi-estructurada*, la cual permitió abordar el tema principal y posibilitó la facultad de replantear preguntas por parte de la entrevistadora



en base a la información que cada participante fue brindando, para así poder desarrollar ideas y profundizar en ellas (Merlinsky, 2006).

Esta entrevista se construyó a partir de la revisión teórica y fue elaborada en constante revisión con la supervisora encargada, y con otros tres profesionales (un psicólogo y una enfermera, ambos trabajadores de ese hospital, y una psicóloga especializada en el tema). A través de los comentarios recogidos, se elaboró la estructura final de la guía de preguntas. Se realizó una prueba piloto con dos personas que accedieron a ser entrevistadas, y luego de las revisiones respectivas se hicieron los ajustes necesarios.

Finalmente, la entrevista constó de un esquema o estructura guía con tres ejes temáticos, cada uno con sus respectivas preguntas que permitieron profundizar en esas áreas. El nivel de profundización alcanzado dependió de cada uno de los participantes, ya que principalmente se buscó respetar el flujo natural de la guía de entrevista (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). La estructura de la entrevista es la siguiente (ver Anexo B):

1. Experiencias de estigmatización en el internamiento: en este primer eje se exploraron las experiencias de estigmatización específicamente a partir de la condición de encontrarse internado en el hospital psiquiátrico. Por ejemplo, se abordó el significado que tiene para ellos el internamiento, cómo ha sido su experiencia individual y qué repercusiones ha tenido esta condición en sus vidas.

2. Experiencias de estigmatización con otras personas internadas: permitió conocer cuál es la relación que establecen con las demás personas hospitalizadas, incluyendo aquellas que se encuentran en otros pabellones, y a partir de ellas la posible estigmatización experimentada. Se formularán preguntas como “¿Cómo es su relación con las personas que se encuentran aquí?”, para posteriormente profundizar en esta área.

3. Experiencias de estigmatización con el personal de salud: abarca principalmente las experiencias que han tenido los participantes en la relación o el trato que reciben del personal de salud que trabaja en el hospital, incluyendo tanto a los doctores como los enfermeros. Para ello se realizaron preguntas tales como “¿Cómo considera usted que tratan a las personas que están internadas?”, etc.

## **Procedimiento**

La presente es una investigación con enfoque cualitativo, dado que pretende comprender el fenómeno del estigma experimentado explorándolo desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto (Hernández, Fernández & Baptista, 2014), buscando así conocer la variedad de perspectivas y concepciones acerca de la realidad (Galeano, 2004).

Se optó por este enfoque dado que el interés principal era conocer los diversos aspectos de las experiencias de estigma vivenciadas por un grupo de usuarios internados (Pedraz, Zarco, Ramasco & Palmar, 2014); y de esta manera, contribuir con la generación de nuevos conocimientos vinculados con la estigmatización experimentada durante el internamiento en un hospital psiquiátrico.



Para realizar las entrevistas primero se contactó con la institución para obtener los permisos necesarios para realizar la investigación dentro del hospital. Luego de obtener estos permisos básicos, la investigadora procedió a la revisión de las historias clínicas, así como a reunirse con algunos profesionales de enfermería para así poder corroborar los datos y seleccionar los posibles participantes de acuerdo a los criterios establecidos. Al respecto, es relevante señalar que el proceso de involucramiento en el hospital fue favorecido por los vínculos previos de la investigadora con la institución, a partir de proyectos de salud mental comunitaria realizados en el hospital, que permitieron familiarizarse con los profesionales de salud mental y con la dinámica institucional.

Una vez identificadas las personas consideradas como posibles entrevistados, fueron contactados individualmente. Se le explicó a cada uno en qué consistía la investigación, así como el objetivo y los procedimientos. Aquellos que aceptaron participar voluntariamente fueron entrevistados en un ambiente privado del pabellón en el que se encontraban hospitalizados.

Se leyó y explicó los aspectos del consentimiento informado, documento con el cual pudieron corroborar las características e implicancias de la investigación, y se recalcó la participación voluntaria. Antes de iniciar la entrevista se les explicó nuevamente los objetivos del estudio, se recalcó la confidencialidad y el anonimato, y se les mencionó que tenían la libertad de terminar la entrevista en cualquier momento, así como tenían la posibilidad de optar por no responder preguntas que les generaba incomodidad. Posteriormente, los consentimientos obtenidos fueron cuidados y protegidos rigurosamente en todo momento, para así no poner en riesgo la confidencialidad de las personas.

Para establecer un clima de confianza y relación horizontal, se procedió a conversar con cada entrevistado durante un momento para poder generar un rapport adecuado. Este lapso fue aprovechado para conocer las características de cada uno y recolectar sus datos sociodemográficos. Seguidamente se dio inicio a la entrevista y la grabación de esta.

Luego de realizada cada entrevista, la investigadora procedía a tomar las notas respectivas acerca de lo sucedido en una bitácora de campo, registrando sistemáticamente sus observaciones y percepciones. Esto permitió tener información más detallada acerca de los procesos que se iban desarrollando, y sirvió para poder tener una supervisión más exhaustiva y así procurar una adecuada aplicación del instrumento.

Es importante mencionar que las entrevistas se realizaron previa coordinación con cada persona y fueron realizadas durante los tiempos libres de los participantes, para no interferir con los horarios de visita pues son un espacio reservado para que ellos puedan reunirse con sus familiares o amigos.

Así mismo, en ninguna de las entrevistas realizadas a los participantes se experimentaron dificultades o alguna situación crítica. Todas fueron realizadas paulatinamente de acuerdo al desenvolvimiento de los entrevistados y de la investigadora. En este sentido, todas las entrevistas obtenidas fueron procesadas y analizadas, incluyendo aquellas cuyas experiencias y percepciones diferían de lo encontrado en la literatura y en los demás participantes.

## **Análisis de información**

Las entrevistas obtenidas con cada uno de los participantes fueron transcritas mediante el programa Microsoft Word 2007, y fueron archivadas de acuerdo al orden en que se realizaron. Es decir, el archivo de la entrevista del primer participante recibió el nombre “Participante 1” y así sucesivamente con los demás. Cabe señalar que el material obtenido de las transcripciones será preservado con las medidas de seguridad necesarias hasta que finalice el proceso de la investigación; y luego de ello, se procederá a destruir.

Cada entrevista fue analizada individualmente, de tal manera que a partir de ellas se puedan obtener las experiencias de cada uno de los participantes. Para el análisis del material conseguido, se optó por el enfoque fenomenológico, el cual permite acceder a una comprensión profunda de la experiencia humana (Carabajo, 2008). Esto debido a que, el objeto de estudio precisaba de un acercamiento hacia las experiencias particulares de cada participante, para así poder entender cómo se presentó el fenómeno de la estigmatización y la manera en que fue vivenciado por cada uno de ellos, convirtiendo a cada individuo como sujeto generador de conocimientos, con respuestas y sentimientos propios que solo él experimenta de manera única (Trejo, 2012).

Además, este enfoque permitió no realizar generalizaciones sobre las experiencias de estigma, pues se considera que es la persona misma quien construye su mundo y vivencias de acuerdo a su propia percepción de la realidad. Por el contrario, se procuró recoger y comprender tanto las experiencias o elementos en común de las vivencias, como las diferencias en los testimonios y perspectivas, teniendo así un panorama más completo acerca de las experiencias de estigma del grupo de participantes (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Luego de revisar cada una de las entrevistas, se procedió a descomponer toda la información obtenida, enfocándose principalmente en las ideas acerca de las experiencias de estigma, las cuales fueron denominadas mediante códigos. Estos códigos permitieron identificar situaciones y características similares en los relatos de los participantes, lo cual favoreció la agrupación e identificación de categorías. Posteriormente, las categorías encontradas fueron reorganizadas con la finalidad de identificar las posibles relaciones entre las propiedades de cada una.

El proceso se realizó constantemente a través del asesoramiento individual de la asesora encargada, hasta que finalmente se logró llegar a la estructura analítica base de los resultados. Estos fueron organizados en dos ejes descriptivos, y una vez obtenida la organización final, fue revisada con tres profesionales más (uno de ellos fue el psicólogo que colaboró en el proceso inicial de la elaboración de la guía de preguntas, y dos psicólogas especializadas en temas de salud mental). Se realizaron estos procedimientos para asegurar la confiabilidad y validez del estudio, así como para evitar posibles sesgos de la investigadora (Galeano, 2004).

Luego de obtener la organización final de los resultados, se procedió a asignar las citas más representativas de cada categoría. Finalmente, los resultados generados a partir de la información obtenida fueron contrastados con la teoría existente con respecto al fenómeno del estigma

experimentado en personas que se encuentran internadas, así como con las diversas investigaciones al respecto. Esto con la finalidad de comprender de mejor manera cómo se presenta el estigma experimentado en este contexto.



## Resultados y Discusión

A continuación se presentarán los principales hallazgos obtenidos en la presente investigación acerca de las experiencias de estigma de un grupo de personas diagnosticadas con esquizofrenia que fueron internadas por primera vez en un hospital psiquiátrico de Lima. Estos resultados han sido organizados con fines descriptivos en dos ejes temáticos: las experiencias de estigma en el ámbito individual y las experiencias de estigma en el ámbito social.

### Experiencias de estigma en el ámbito individual

Dentro de este primer eje se han organizado aquellas experiencias que tienen mayor relación con el ámbito individual. Si bien las experiencias narradas incluyen una interacción con otras personas, se las ha ubicado en este eje debido al impacto que ha tenido en algún aspecto de la vida de los participantes. Así, tenemos las siguientes tres dimensiones: percepción del internamiento como encierro, impacto del internamiento en sus vidas, y el impacto de las etiquetas y el tratamiento farmacológico.

#### Percepción del internamiento como encierro

En primer lugar, se considera importante mencionar la condición de internamiento en un hospital psiquiátrico como la mayor experiencia de estigma manifestada por los participantes, no solo por la privación de libertad que implica, sino también por el impacto que ellos reconocen ha generado en sí mismos. Es decir, para los usuarios, esta ha sido la experiencia más estigmatizante que han tenido debido a su enfermedad mental. Así, la condición de internamiento es vivenciada como un encierro, principalmente debido a la carencia de libertad:

*“Toda persona tiene derecho a su libertad, y de lo cual, si una persona está mal debería ser medicada claro, es un tratamiento... Pero la persona que lleva un tratamiento no debería estar encerrada, no debe ser así, deberían estar con su familia. Dicen que la mejor medicina es el amor, y creo que ellos (las personas internadas) necesitan amor, o a su familia”* (José, 24 años).

Al respecto, Pastor y Ovejero (2007) señalan que esta percepción se debería a la concepción global latente en la sociedad acerca del encierro, el cual se da producto de la necesidad social de encerrar y recluir aquello que es diferente y que perturba, en otras palabras, es la necesidad de encerrar a la “sinrazón” que avergüenza y es rechazada por la razón, puesto que no es la enfermedad mental la que encierra a la persona, sino por el contrario, es la propia sociedad la que excluye, segrega, señala y encierra a aquello que es considerado como no adecuado para la convivencia. De esta manera, los participantes se sienten disgregados de su grupo (la sociedad) que no solo no los acepta debido a su enfermedad mental, sino que también los aísla y sobre todo, los separa de su grupo vital de funcionamiento y desarrollo: la familia.

Así, el internamiento para ellos es *“difícil... es que es difícil pues que te quiten tu libertad, que no puedas ver a nadie, a tu familia o a tus hijos como nos hacen acá los primeros días, no puedes recibir visitas, nada, es muy duro”* (Mirella, 33 años). Como ya fue mencionado anteriormente, es cierto que las políticas de salud mental señalan que las personas tienen derecho a la libertad y al internamiento en centros de salud mental, y también señalan que este debe ser lo menos restrictivo y alterador posible, sobre todo para su integridad personal; sin embargo, algunas de estas personas internadas experimentan situaciones de restricción o aislamiento, vulnerando así sus derechos (MINSAs, 2008). Estas restricciones agravarían aún más la percepción de encierro, especialmente debido a que, ninguno de los participantes decidió su ingreso al hospital, si no que más bien su internamiento fue involuntario.

De esta manera, el internamiento además de aislar y romper los vínculos sociales, también interrumpe la continuidad del individuo, impactando sobre todo en el aspecto cotidiano de sus vidas: *“No me gusta estar prisionero en un hospital, quiero estar como una persona sana. Me siento solo y quiero salir a la calle, caminar o ir a trabajar... Pero acá es diferente, no es como estar en la calle”* (Fabián, 27 años). Estos resultados concordarían con lo encontrado en los informes realizados por instituciones como la Asociación Internacional de Derechos de Discapacidad Mental y la Asociación Pro Derechos Humanos (2004) y el Ministerio de Salud (2008), quienes evaluaron a los centros de salud mental en el Perú, y encontraron que la mayoría de personas internadas se sentían limitadas en su desarrollo sin poder realizar las cosas que ellos mismos decidían, y consecuentemente percibían una disminución en su calidad de vida.

### **Impacto del internamiento en sus vidas**

Así como el internamiento afecta los ámbitos anteriormente mencionados, también afecta la sensación de tranquilidad y bienestar de la mayoría de los participantes: *“Me siento intranquila porque ya quiero salir, quiero retomar mi vida. Yo tenía muchos planes, pero ahora ya no puedo porque tengo una enfermedad mental”* (Alice, 19 años). No obstante, algunos de ellos señalaron que el internamiento les había ayudado a recuperar su tranquilidad: *“El encierro me ha hecho cambiar (...). (Ahora), estoy tranquilo, no hay quién me moleste, estoy bien, estoy sano, no tengo problemas con las personas”* (Rodrigo, 37 años).

Acerca de este tema en particular, Hernández-Viadel, Cañete, Lera, Pérez y Roche (2007) revisaron las investigaciones desarrolladas al respecto y concluyeron que efectivamente la mayoría de estas señalaban lo devastador y negativo que resulta la experiencia del internamiento para quien padece una enfermedad mental; sin embargo, también encontraron algunas que señalan que esta situación era considerada como positiva ya que ayuda a estabilizar la vida de estas personas, evita el abandono del tratamiento, las recaídas y reingresos, mejora el desarrollo personal y mejora la convivencia familiar. Así mismo, agregaron que, a pesar de que este tipo de medidas son consideradas una vulneración de los derechos fundamentales de la persona que conlleva a un aumento de la



coerción y el estigma del usuario de instituciones psiquiátricas, es una condición que vivencian muchas personas, pues una práctica habitual en países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda e Israel.

Más allá de la sensación de tranquilidad, que puedan o no tener, los participantes rescatan que, de alguna manera, esta situación de internamiento los ha llevado a reflexionar primordialmente sobre su propia conducta y los actos que han realizado, y así encontrar nuevas formas de afrontamiento y modificar algunas características de sí mismos: *“Me ha hecho reflexionar de una forma bien clara cómo soy y cómo he sido toda la vida (...), soy una persona con muchas capacidades que no me había dado cuenta”* (Manuel, 43 años). Se considera importante mencionar estos cambios pues, en cierta medida para los usuarios esto les ha permitido redescubrirse a sí mismos y descubrir nuevas capacidades, logrando así definir –y en algunos casos decidir– acerca de sus proyectos y planes a futuro, siendo estos uno de los aspectos que más anhelan realizar al fin del internamiento:

*“(Soy) un joven con muchas ganas de trabajar y seguir adelante, con muchos ánimos y energías... Un joven tranquilo, porque ahora estoy más tranquilo, menos preocupado, (...) ahora lo único que quiero es salir y retomar mi vida (...). A mí me gusta estar activo, hacer mis cosas y estudiar, eso es lo que quiero hacer”* (Rafael, 20 años).

Esto concordaría con lo hallado por Uribe, Lucía y Cortés (2007) en una investigación realizada en Colombia con una población similar, en donde no solo encontraron experiencias de estigma similares a las del presente estudio, sino que además concluyeron que el estigma impacta de tal manera que genera una ruptura de identidad de la persona, marcando un “antes” y un “después” del internamiento. El “después” (momento inmediato luego de ser internado) conllevaría a una nueva identidad que expresa una pérdida de control en la vida propia, de autonomía y una detención o cambios de los proyectos vitales; e incluye también la adquisición de diversas etiquetas que los demás (incluido el personal de salud) colocan a estas personas. Así, a pesar de tener una historia previa, su identidad es transformada y pasa a ser “el enfermo”, “el esquizofrénico” o “el loco” –tal y como le sucedió a los participantes–, lo cual aumentaría el temor a no poder seguir siendo “la misma persona” y continuar los proyectos personales y roles sociales.

### **El impacto de las etiquetas y el tratamiento farmacológico**

Entre otras manifestaciones de estigma señaladas por los participantes se encuentran los calificativos o también llamados *etiquetas* que han recibido durante el tiempo transcurrido en el internamiento. Estos calificativos están principalmente relacionados con la enfermedad mental, y en segundo lugar, relacionados a características personales que les ha sido adjudicadas y que ellos no consideran como propias. Esto es considerado como un factor influyente e importante en sus vidas, ya que no solo les informa acerca de cómo son percibidos, sino también de cómo son definidos por los demás:



*“Es como que te dicen ‘tú eres tal cosa’ y eso suena a que te lo ponen de por vida. A veces las cosas solo pasan un momento, y luego uno ya puede recuperarse y sanarse, pero en cambio acá no lo ven así, si te dicen ‘tú tienes Esquizofrenia’ eso es ‘eres un esquizofrénico de por vida’”* (Fabían, 27 años).

Para Arboleda-Flórez y Sartorius (2008) esta nueva identidad se genera a partir del internamiento e incluye etiquetas que les son otorgadas a las personas internadas a pesar de tener sus propias historias y características personales, evidenciándose así el estigma en su faceta social, el cual se manifiesta a través de una marca diferenciadora –en este caso el diagnóstico de esquizofrenia– que está asociada a características negativas que desprestigia y genera rechazo hacia quien las posee. Estas acciones son consideradas también como maltratos hacia estas personas pues son definidos a través de rótulos y no son concebidos como individuos con manifestaciones del trastorno que pueden cambiar con el tiempo (Sartorius, 2002).

En conjunto con estos calificativos, se suma la percepción que tienen de haber perdido parte del dominio de estas nuevas características generadas por la enfermedad mental, principalmente luego de enterarse de las consecuencias que esta genera, incluyendo el tratamiento farmacológico constante, los efectos secundarios derivados de este y las posibles recaídas: *“Yo no quiero seguir así tomando pastillas toda la vida señorita, yo quiero salir adelante y hacer mi vida”* (Alice, 19 años). Esto se convierte en una preocupación invariable acerca de las implicancias en el futuro para los entrevistados ya que temen que estos factores sean determinantes, y que de alguna manera, la enfermedad mental sea parte de sus vidas y los defina ante a la sociedad.

De acuerdo con Hudson et al. (2004), el rechazo aquí presente se debería a la medicación continua, no solo por los efectos secundarios que esta genera, sino principalmente debido al estigma de ser tratado con medicación psicotrópica, el cual es uno de los principales obstáculos en la conformidad con el tratamiento. Novak y Svab (2009) encontraron situaciones similares a estos resultados en Eslovenia, en donde un grupo de personas que se encontraban internadas con esquizofrenia o con trastorno esquizoafectivo confirmaron que los demás los percibían como flojos y que su enfermedad ponía en evidencia los problemas de coordinación debido a los efectos secundarios de la medicación, generándose situaciones de estigma, lo que los llevaba a evitar o discontinuar la medicación a fin de no ser estigmatizados. Además, en otra investigación realizada con 320 personas internadas por esquizofrenia encontraron que el 48% de estas personas reportaron que la medicación inducía el estigma y que era uno de los mayores obstáculos para la obtención de un empleo (Marwaha y Johnson, 2004).

En algunos casos particulares los participantes manifestaron que no fueron debidamente informados acerca de los efectos colaterales de la medicación y recalcaron que mayormente no les comentan cuando les aumentan la dosis ni tampoco les explican los efectos secundarios, sino que más bien ellos se dan cuenta de estos en el momento en que tienen que ingerir las medicinas. Sin embargo,

señalaron que los profesionales de la salud sí les enfatizaron que debían seguir las indicaciones y tomar sus pastillas cuando les indicaban:

*“Yo no sabía que las pastillas hacían babear, solo me dijeron que cuando la enfermera me las dé tenía que tomarlas todas. A veces babeaba todo el día y eso es feo porque no lo puedes controlar (...). Uno no sabe cuándo te van a dar más o cuándo te van a dar menos. Si esta semana te toca más dosis te das cuenta cuando la enfermera te las entrega y te pones peor”* (Edith, 43 años).

Si bien poco se ha investigado al respecto, se sabe que los psiquiatras –quienes son los encargados de dar las indicaciones e implicancias del tratamiento– a menudo creen que hablar de un trastorno mental como la esquizofrenia es desmoralizador para la persona que lo tiene, que hablar de recuperación alimenta falsas esperanzas y que informar a los usuarios sobre los efectos secundarios de los psicofármacos aumenta su desconfianza hacia esas sustancias (Magliano, Fiorillo, De Rosa, Malangone & Maj, 2004).

Asimismo, estos profesionales tienden a ser más pesimistas que la población en general acerca de la recuperación de estas personas, principalmente debido a que la mayor parte de su experiencia clínica se basa en atenciones a personas que no se recuperan completamente o que se recuperan y recaen de nuevo; es decir, no se mantienen en contacto con aquellos que logran recuperarse y mantenerse bien (Thornicroft, Rose & Kassam, 2007). Situaciones similares a las mencionadas anteriormente fueron encontradas en un estudio realizado en Hong Kong, en donde las personas internadas por esquizofrenia describieron las experiencias de estigma que habían vivenciado en las visitas clínicas que realizaban los psiquiatras y los efectos secundarios de la medicación antipsicótica (Lee, Chiu, Tsang, Chui & Kleiman, 2006).

A partir de lo que se ha presentado, se observa que junto con la condición de internamiento, existe un conjunto de elementos que influyen en las experiencias de estigma vivenciadas en el ámbito personal. Todos estos factores dificultarían aún más el proceso de adaptación y de adherencia al tratamiento, pues no solo tendrían que lidiar con la enfermedad mental en sí, sino también con las características de estas, la etiqueta del diagnóstico, las consecuencias del tratamiento farmacológico y el proceso de exclusión (González, 2009; Paredes, Jiménez & Vázquez, 2012).

### **Experiencias de estigma en el ámbito social**

Dentro de este eje se encuentran las experiencias producto de las interacciones sociales de los participantes, las cuales se pueden dividir de manera general en dos círculos. En el primer círculo de interacción social se encuentra el personal de salud (doctores y enfermeros), mientras que en segunda instancia se encuentran las interacciones realizadas con personas externas a la institución como los familiares y amigos. Es importante mencionar que el orden en el que se han clasificado ambos corresponde a la inmediatez y frecuencia con la que interactúan con estas personas; mientras que con

el personal de salud la interacción es casi diaria (principalmente con los enfermeros), en el caso de las personas externas incluyendo tanto a los familiares como a los amigos solo interactúan con ellos máximo 3 veces por semana durante el horario de visitas. Así mismo, se han incluido las expectativas de estigma que tienen los participantes con respecto a la población fuera del hospital, y las expectativas o planes a futuro luego del alta.

Acerca del primer círculo de interacción, las experiencias estigmatizantes con el personal de salud son explícitas, pues los entrevistados manifiestan que *“si te portas mal, te ponen inyección, te suben la medicación”* (Fabián, 27 años). Debido a ello concluyen: *“solo tengo que estar tranquilo y no me gano problemas”* (Pierre, 19 años).

### **Experiencias con los doctores**

Para los participantes, la relación con los doctores especializados en psiquiatría está enfocada en los aspectos o características del tratamiento, y predominan las experiencias de poco contacto y poca presencia de parte de estos profesionales, pues los encuentros con ellos mayormente se limitan a las sesiones de evaluación del tratamiento: *“el doctor solamente se encarga de evaluar, y si hay algo prácticamente ellos te ven y te suben la pastilla, te pueden poner ampollas o te medican mal”* (José, 24 años). Con la frase *“te medican mal”*, los participantes se refieren a que muchas veces los doctores interpretan sus quejas como síntomas propios de la enfermedad mental o como una forma de llamar la atención de los profesionales, lo que conlleva a que decidan subirles las dosis o incluso cambiar la medicación.

Comportamientos similares fueron encontrados en un grupo de psiquiatras en Alemania, con quienes se trató de corroborar la versión de un grupo de personas con esquizofrenia acerca del trato que recibían, y se encontró que efectivamente ellos solían mostrar una escasa atención a las quejas de trastornos físicos, puesto que tendían a interpretarlas como signos de su patología mental (Schulze & Angermeyer, 2003). Situaciones como estas se deberían a la formación que reciben, y principalmente debido a que estos profesionales presentan mayores niveles de distanciamiento social hacia personas con esquizofrenia que la población en general (Loch, Hengartner, Guarniero, Lawson, Wang, Gattaz & Rössler, 2011).

Además de ello, comentan que los psiquiatras no tienen un patrón estandarizado de atención, es decir, que cada profesional atiende de diferente manera. Esta variabilidad genera en ellos incertidumbre, y en algunos casos temor con respecto a lo que se van a enfrentar:

*“Cuando viene un médico uno no sabe qué puede pasar, o sea uno no sabe a qué atenerse. Uno puede estar muy cuerdo, pero si le ve algo mal o le cae mal, o su cara no le gusta agarran lo medican nomás como me ha pasado a mí. Yo a veces he estado tranquilo, he estado muy cauto y me han medicado más, y me han puesto hasta inyecciones, he pasado por eso, y acá le ponen inyecciones solamente a los que se pelean, a los que tienen un comportamiento de*

*violencia física. Hay doctores que a veces cometen negligencia médica e irresponsabilidad médica” (Manuel, 43 años).*

Al respecto se sabe que la formación en psiquiatría no impone un patrón o guión estandarizado de atención; sin embargo, algunos aspectos de esta rama han sido reportados como insensibles, irrespetuosos e incluso incapacitantes para con las personas que son atendidas (Thornicroft, Rose & Mehta, 2010). Así mismo, al analizar detalladamente la relación médico-paciente en las instituciones psiquiátricas los resultados señalan que las personas con esquizofrenia en general se perciben desvalorizadas por los psiquiatras, y también se ha encontrado una falta de cuidado más humanizado, insensibilidad, así como un trato frío y despersonalizado, y poca disponibilidad del profesional para la escucha, pues frecuentemente los médicos suelen preocuparse por los síntomas y la adherencia al tratamiento, transmitiéndoles una sensación de poca capacidad para asumir sus propias responsabilidades y casi nula opinión en las decisiones sobre el tratamiento, ya que comúnmente sus demandas son interpretadas como síntomas (Carniel, Runte, Torres & Bruce, 2011).

Nuevamente, estas situaciones reportadas como negligencias médicas por los participantes se deberían al mayor interés que le otorgan estos profesionales al tratamiento farmacológico y las características de la enfermedad, como puede observarse más detalladamente en la siguiente experiencia:

*“Un día tuve un problema con un compañero de pabellón en el fútbol (...). Me llevaron a mi habitación y me amarraron, y vino un doctor, me evaluó, yo le expliqué el motivo y o sea me conversaron nomás, pero de ahí vino la enfermera y me puso ampolla. Me sentí mal, se me dobló el cuello así feo, me pusieron una ampolla que no sé, me sentí mal, estaba grave. Le dije a mi madre y ella se molestó, le resonó a la enfermera” (José, 24 años).*

Acerca de este tipo de situaciones en particular, lo que más impacta a los entrevistados de estos hechos que consideran estigmatizantes es la falta de interés del personal en escuchar la explicación que tienen acerca de lo sucedido. Como se observa en la cita, a pesar de haberle explicado al personal cuál fue el motivo del problema, optaron por inyectarle medicina en contra de su propia voluntad, sin investigar a profundidad el contexto o los antecedentes del conflicto. Esto concordaría con las investigaciones realizadas por la Defensoría del Pueblo (2009) en nuestro contexto, en donde se observa que estas personas son asistidas a través del tratamiento farmacológico sin darle mayor importancia a otras variables que podrían tener mayor influencia, y sin tener en cuenta la palabra de estas personas. Un panorama similar encontraron Loch et al. (2011) al analizar el estigma hacia personas con esquizofrenia en Brasil, y encontraron que los psiquiatras brasileños estigmatizan a estas personas atribuyéndoles más estereotipos negativos que la población en general, mostrando mayor predominancia en la escala de prejuicios y mayor distancia social con respecto a estas personas, guiando así su práctica clínica a través de los prejuicios de peligrosidad y agresividad que son relacionados con las personas que padecen esquizofrenia.



### Experiencias con los enfermeros

En el caso particular de la relación con el personal de enfermería se encuentran experiencias de mayor variedad, pues se observan diferencias entre las experiencias recogidas en ambos pabellones (hombres y mujeres), pues mientras que la mayoría de usuarias comentan: *“Nos tratan de manera educada, a veces nos aconsejan que no hagamos esto, que no hagamos el otro. Nos tratan bien, o sea tratan de que cuando salgamos a la calle ya no recaigamos de vuelta (...)”* (Ana, 47 años), en el caso de los participantes varones, ellos señalan: *“Algunas personas sí tratan bien, pero la mayoría no, nos amarran a la silla y camas para que no podamos movernos, nos dan pastillas o inyecciones para dormirnos y que no hagamos nada, para mantenernos como tontos”* (Pierre, 19 años). Estos resultados contrastarían con lo encontrado en las diversas investigaciones al respecto, pues aparentemente la variable sexo no genera diferencias significativas cuando se trata de experiencias de estigma hacia las personas con enfermedades mentales, al igual que las variables estado laboral, nivel de educación, tipo de enfermedad mental o el estar de acuerdo con el diagnóstico (Thornicroft et al., 2009).

Las situaciones con este grupo de profesionales van desde presenciar los tratos que han tenido para con las demás personas internadas, hasta las experiencias de trato directo con ellos. Por ejemplo, con respecto a las demás personas internadas los entrevistados mencionan que los enfermeros: *“Los tratan como... como seres que no tienen ningún sentido, que no se controlan, como gente incapaz consigo mismo, que tiene que tomar una pastilla o estar acá internado para controlarse”* (Manuel, 43 años). Para Magliano et al. (2012), esto ocurriría debido a que estos profesionales aún presentan una serie de prejuicios y estereotipos negativos, a través de los cuales conciben a las personas diagnosticadas con esquizofrenia como imprevisibles, peligrosas, que están afectadas por una enfermedad incurable y que son incapaces de participar activamente en las decisiones sobre su propia vida y su propia salud. Además, el autor agrega que, estos prejuicios y estereotipos también generarían posibles situaciones de negligencia, pues frecuentemente descuidan los malestares o urgencias que puedan presentar tal y como lo manifiestan los entrevistados:

*“En UCI me acuerdo que tenía un amigo que lo tenían amarrado todo el día, él siempre llamaba a las enfermeras pero no le hacían caso, entonces él me pedía que lo desamarrara. Yo iba a veces en la noche y lo desamarraba, él se iba al baño tranquilo y venía la técnica y preguntaba quién lo había desamarrado, pero él no decía nada, con tal de poder ir a orinar”* (José, 24 años).

En este caso en particular, el participante se refiere a una experiencia ocurrida mientras se encontraba internado en el nivel más grave de internamiento, es decir, en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCI). Este tipo de situaciones se deberían a que las personas que poseen un trastorno mental como la esquizofrenia son más propensas a ser víctimas de maltrato durante las fases de sintomatología grave, y debido a la enfermedad mental sus probabilidades de acceder a una atención

eficaz y oportuna frente una patología física disminuyen (Grausgruber et al., 2007; Jones, Howard & Thornicroft, 2008; Teasdale, 2009). Además, la desatención de los problemas físicos se debería a la separación entre salud física y salud mental presente en estos profesionales, quienes a menudo fragmentan la atención que ofrecen, generando así grandes posibilidades de que una enfermedad física pase desapercibida, ya que están poco habituados a pensar que estas personas tienen otras demandas más allá de los síntomas psicóticos probablemente debido al enfoque médico mediante el cual se evalúa la esquizofrenia, el cual también genera que reduzcan su compromiso profesional en los cuidados (Carniel et al., 2011).

Si bien en algunos casos las situaciones de opresión y de sujeción mecánica no son vivenciadas directamente por ellos, sino que más bien los participantes mantienen un rol de observador, es importante mencionar que estas situaciones también les generan malestar, y sobre todo temor hacia el personal de enfermería:

*“A veces los pacientes crónicos son más delicados, en la forma en que son como niños (...). Cuando se ponen así rebeldes que no quieren hacer caso le meten su inyección, los amarran a la cama, les dan su comida después que a los demás, cuando pasa eso, pienso que yo también tengo miedo, tengo miedo a que me hagan eso” (Rodrigo, 37 años).*

Esto se debería a que el público en general y los profesionales de la salud en particular, todavía mantienen una actitud negativa y a veces hasta hostil hacia la enfermedad mental, y a menudo demuestran baja o nula tolerancia hacia el comportamiento considerado como aberrante, violento y disociado, como ocurren en la crisis de la enfermedad mental o específicamente en la psicosis (Pedersen, 2009).

Todas estas situaciones –además de influir en su estado emocional generando en ellos sentimientos de indefensión, miedo e impotencia al no poder realizar alguna acción frente a los abusos percibidos–, también tienen influencia en su desenvolvimiento en las relaciones sociales, pues debido a estas situaciones los participantes optan por no vincularse con las demás personas internadas o por seleccionar aquellos con quienes se van a relacionar: *“Cuando pasa eso, yo tengo miedo (...), siento que no puedes hacer nada, no puedes llevarte a la confianza con ellos, con los crónicos, los pacientes. (Nos mantenemos) ellos aparte y nosotros aparte” (Rodrigo, 37 años).* Para algunos autores, las personas con trastornos mentales generan más quejas en aquellos con los que interactúan que la población en general, y por tanto, son más propensas a estar involucradas en conflictos de relaciones interpersonales (Teasdale, 2009). Probablemente, esta sea la razón por la cual los entrevistados no han reportado experiencias en las que se hayan sentido discriminados o excluidos por sus demás compañeros de pabellón, pues según comentan, prefieren mantenerse aislados entre sí con la finalidad de evitar conflictos y situaciones en las que el personal de enfermería interviene reduciéndolos físicamente.



Por otra parte, los participantes también mencionan que el personal de enfermería a veces trata de “malinformar” a los doctores, refiriéndose con ello a las situaciones en las que los enfermeros ingresan información errónea o no cierta por completo a través de los informes que elaboran, como se ejemplifica más detalladamente en la siguiente cita:

*“Si uno no tiene ganas de hacer algo prácticamente te obligan porque te amenazan con hacerte un reporte o avisarle al doctor. A veces acá la gente no tiene ganas de comer o desayunar y en lugar de hablarte prácticamente los amenazan a que lo hagan. Es importante para la salud comer nuestras comidas pero igual, se siente un poco feo que te hagan eso”* (Rafael, 20 años).

Para Snowden y Lurigio (2007), este tipo de situaciones son consideradas como estigmatizantes y son comunes en la vida diaria de un hospital psiquiátrico, en donde el personal de enfermería con frecuencia infravalora y discrimina las experiencias de las personas internadas como víctimas de agresiones o no informan sobre ello y, cuando los usuarios lo hacen, pueden no ser creídos. Asimismo, agregan que el trato con este personal es diferenciado, ya que los perciben como autoritarios: *“Los técnicos se creen los dueños del pabellón, se mantienen apegados a sus normas y reglas (...). (Me siento) indefenso, como si no pudiera hacer nada ni defenderme, como si estuviera expuesto a cualquier abuso en cualquier momento”* (Pierre, 19 años). Estas actitudes y las consecuencias que estas generan, no solo son consideradas como múltiples formas de discriminación, sino también como manifestaciones de maltrato y violencia hacia dichas personas (López et al., 2008).

Estos resultados se distanciarían de lo encontrado en el sector Oriente de Santiago de Chile, en donde los profesionales que laboran en el sector salud –en comparación con los trabajadores que no pertenecen a este sector– son significativamente menos autoritarios y restrictivos, y además, tienen una mejor percepción del “cuidado en la comunidad” y la “desinstitucionalización”, lo cual para los investigadores se debería a que la educación en salud juega un papel positivo en la percepción de estas personas, ya que al tener mayor información en temas de salud mental, manifestarían conductas de mayor apoyo hacia los que padecen enfermedades mentales (Zárate, Ceballos, Contardo & Florenzano, 2006).

En resumen, acerca de este primer círculo de interacción social compuesto por el personal de salud, se puede observar de manera general que el sistema de salud y atención que se estaría brindando en esa institución correspondería más bien al modelo sanitario-psiquiátrico, el cual tiene como características el trato vertical, con dominancia y demostrando superioridad, dando un mayor énfasis en el control, la coerción, la restricción y la amenaza, y en el cual también se tiende a la estigmatización, se percibe a la persona como agresiva llegando a adjudicarle etiquetas, y se busca estabilizarla presuponiendo y transmitiéndole que su mal será crónico y persistente (Hernández-Viadel et al., 2007; Janská, 2011). Todo ello dentro de un contexto de prejuicios y de relación de poder desigual, los cuales llevan a que los comportamientos de los profesionales sean más resistentes al cambio (Onyett, 2011).

El trato y las relaciones generadas a partir de este modelo influyen en cierta medida en el proceso de recuperación que atraviesan estas personas, el cual se vería aún más dificultado al no percibir mayor soporte de aquellos encargados de brindarles atención y tratamiento: el personal de salud. Nuevamente, las situaciones de estigma experimentado influenciarían negativamente en la calidad de vida y la autoestima de estas personas, reduciendo el sentido de dominio personal, y a su vez aumentando el autodesprecio (Muñoz, Sanz, Pérez-Santos & Quiroga, 2011).

### Experiencias con los familiares

En este segundo círculo encontramos las relaciones o vínculos establecidos con personas externas a la institución psiquiátrica, es decir, a los familiares y amigos. En lo que respecta al primer grupo, los participantes mencionan ser discriminados por sus familiares principalmente a través de las situaciones de abandono, distancia y falta que apoyo hacia ellos y hacia su tratamiento:

*“Nunca me he comunicado con ellas desde que estoy acá. (Una de mis hermanas) al inicio me mandaba cosas. No me comunico con ella desde hace tiempo, eso fue al inicio nomás. (Ahora) no tengo a una persona responsable para que me den de alta porque no quieren que salga de alta”* (Manuel, 43 años).

Al respecto, la información más cercana en nuestro contexto es la encontrada por Kaliksztein (2001) en una investigación realizada con una población similar en Lima, en la cual los usuarios también señalaron que sus relaciones interpersonales familiares se tornaron difíciles debido a su enfermedad, lo cual les generaba sentimientos de rechazo y soledad; además, manifestaron sentirse poco entendidos y percibir poco compromiso y entendimiento de parte de sus familiares, así como dificultades para brindar un soporte emocional adecuado de parte de estos. Esto se debería a la gran demanda de atención y cuidado que requieren algunas personas con enfermedades mentales, al igual como sucede con las enfermedades médicas de larga evolución, ya que no solo representan una carga social importante, sino también son considerados como una carga económica para la familia (Figueroa-Duarte & Campbell-Araujo, 2004). Como se puede observar, las dificultades que se generan no solo obstaculizan las relaciones familiares, sino que incluso dificultan la posibilidad de terminar el tratamiento, llegando así a una recuperación “sin cura” y al estigma a pesar de la recuperación (Jenkins & Carpenter-Song, 2006).

Dado que la mayoría de los participantes mencionaron que ya no contaban con la presencia de sus padres (ya sea debido a su muerte o lejanía), señalaban que sus relaciones –y principales conflictos– se daban frecuentemente con sus hermanos:

*“Desde que han venido a visitarme en el 2013, mis hermanos no han vuelto a venir. (La primera vez que los vi) estaba alegre viendo a mis hermanos, pero ahora no vienen (...). (Ellos) me dicen ‘tú mismo tienes la culpa de que nos avergoncemos de ti’ (...), (dirán) que está bien que me quede acá. No creo que digan que hay que sacarlo, está bien que se quede ahí hasta que*

*muera dirán, porque de mí se avergüenzan mis hermanos, eso me han dicho” (Rodrigo, 37 años).*

El rechazo, desconocimiento, la falta de apoyo y el distanciamiento, son solo algunas de las situaciones que experimentan las personas internadas (Uribe, Lucía & Cortés, 2007). En el caso particular de las relaciones fraternas, se considera que los problemas surgen debido a que se sienten avergonzados por el estigma asociado a la enfermedad mental del hermano que ha sido diagnosticado, lo cual provoca que muchas veces busquen desvincularse de este dado que tiene el trastorno, experimentando no solo vergüenza, sino también rabia, culpa e impotencia frente a la dificultad de entender y afrontar la enfermedad de uno de sus miembros (Barak & Solomon, 2005; Barrow & Harrison, 2005).

Por otra parte, son realmente muy pocos los casos en los que el internamiento debido a la enfermedad mental ha conllevado a una mayor unión entre la persona y sus respectivos familiares, de tal manera que se han convertido en un soporte importante de sus vidas:

*“Con mi esposo estamos mejor, ya comprende que yo me puse mal, cuando vino por primera vez los dos nos pusimos a llorar (...). Me gustaría que mi esposo me ayude, sin él no puedo salir adelante, no sé qué sería de mi vida sin su apoyo, es a quien más necesito ahora” (Raquel, 42 años).*

Estas reacciones poco frecuentes son explicadas por Duarte, Weisman, Rosales y Kymalainen (2008), quienes refieren que la percepción de los familiares suele estar determinada por el nivel de comprensión de la naturaleza del trastorno, ya que las familias que no suelen culpabilizar a la persona por la responsabilidad de sus síntomas y tienen un mejor vínculo con esta son aquellas que conocen sobre los síntomas, las señales de riesgo y las etapas mediante las cuales se manifiesta la enfermedad. Esto a su vez concordaría con lo encontrado en una población similar en la cual tanto las personas internadas como sus familiares percibían solidaridad y ayuda mutua, cohesión, organización y bajos niveles de conflicto en las relaciones familiares (Quispe, 2014).

### **Experiencias con los amigos**

En el plano amical, las experiencias son similares a lo anteriormente mencionado en el sentido en que, para los participantes, existe distanciamiento social y falta de apoyo por parte de quienes consideraban sus amigos:

*“Nadie ha venido. Cuando todo estaba bien, me iba bien tenía un montón de amigos, venían a visitarme o a las fiestas, en cambio ahora que ya no tengo nada y que estoy aquí metido nadie viene (...). Es como dicen, en los malos momentos es donde se conocen los verdaderos amigos, y ya ve señorita, no tengo a nadie, estoy aquí metido y nadie viene, ni se acuerdan de mí” (Fabián, 27 años).*

Esto contrastaría con lo encontrado en la mayoría de investigaciones, las cuales señalan más bien que aquellos que tienen experiencias personales o que están en contacto directo con individuos que padecen una enfermedad mental tienen más actitudes positivas hacia las personas con esquizofrenia que la población en general (Angermeyer, Buyatugs, Kenzine & Matschinger, 2004); no obstante, no todos los estudios han demostrado esta asociación (Angermeyer & Dietrich, 2006). En este caso, las manifestaciones comportamentales del estigma hacia la enfermedad mental, tales como el rechazo y la evitación, parecen ser las que más afectan a las personas que padecen estos trastornos (Thornicroft et al., 2009).

Así mismo, aquellos que han vivido en provincia comentan el temor que tienen de regresar y retomar sus vidas: *“Se habrán enterado de todo ya (...), qué pensarán de mí pues, no sé. Tengo miedo de regresar allá a Ayacucho, no tengo donde ir y tengo que regresar”* (Rodrigo, 37 años). El temor experimentado por este pequeño grupo concordaría con lo encontrado en investigaciones en contextos similares, pues estas señalan que mientras que los participantes de ciudades urbanas tratan de esconder su enfermedad esperando pasar desapercibidos, aquellos que viven en lugares rurales experimentan mayor ridículo, vergüenza y discriminación dado que el anonimato es difícil en una región pequeña (Murthy, 2005).

Como se puede observar de manera general acerca de este segundo círculo de interacción social, tanto los familiares como los amigos continúan siendo las fuentes más comunes identificadas de estigmatización, pues la mayoría de experiencias mencionan haber sido evitados por estos miembros de la vida social, tal y como se corroboró en una investigación realizada durante 5 años en Inglaterra (Corker et al., 2013).

### **Expectativas de estigma fuera del hospital**

De esta manera, para Pedersen (2009) la experiencia de estigmatización y exclusión social es profundamente personal y como tal se inscribe en el mundo de lo social; por ello, es preciso distinguir entre las experiencias directas de estigmatización (estigma *experimentado*) y las expectativas y el miedo a ser discriminado, es decir, el estigma *presentido* o *anticipado*. Si bien todas las experiencias mencionadas hasta el momento se inscriben dentro de las experiencias de estigmatización, también se considera importante conocer cuáles son las expectativas de estigma de los participantes ante su posible alta y regreso a su entorno social. En otras palabras, se procuró conocer sus creencias acerca de las actitudes que tendrá la población en general hacia ellos y cómo creen que la sociedad los ve como individuos miembros de un grupo estigmatizado por una enfermedad mental (LeBel, 2008). Cuando fueron consultados al respecto, los usuarios consideraron de manera general que la sociedad tendrá comportamientos de discriminación y rechazo ante las personas que padecen trastornos mentales:

*“Socialmente la gente los ha etiquetado como ‘locos’, la familia e incluso los doctores y todos los que nos ven acá. No solamente los maltratan por ello, sino los maltratan porque*



*supuestamente adolecen de algún defecto (...). Los marginan, creen que están locos, no les hablan, no los miran, como si fueran leprosos, los mantienen a distancia, (pensarán) que son locos pues, que son lo peor, lo peor que puede haber en el mundo” (Manuel, 43 años).*

Este tipo de expectativas estarían basadas en la percepción pública que existe acerca de las personas con enfermedades mentales, las cuales incluyen atribuciones hostiles que pueden provocar conductas agresivas contra estas personas; si bien esto varía según el tipo de trastorno mental, se puede encontrar un mayor rechazo hacia aquellos que tienen los trastornos más graves como la esquizofrenia (López et al., 2008). Debido a ello, los participantes esperan que las demás personas tiendan a reaccionar con conductas discriminatorias y con una tendencia a rechazar el contacto social con esta población, presentando generalmente una imagen estereotipada aprendida en el proceso de socialización y reforzada por los medios de comunicación (Senra, De Arriba & Sepame, 2008).

Así mismo, los usuarios consideran que estas actitudes y comportamientos son influyentes en el proceso de rehabilitación, principalmente por la importancia del apoyo familiar o social:

*“La sociedad misma te deja a un lado. A veces acá los pacientes se quedan bastante tiempo aquí y nadie los visita, los abandonan y acá solo los medican. Así ¿cómo van a poder salir adelante si los olvidan y no los apoya nadie?” (Luisa, 29 años).*

Es resaltante la percepción que tienen los participantes acerca del poco apoyo que brinda la sociedad, lo cual a su vez es parte de la realidad de muchas personas que siguen internadas debido al abandono de sus familiares. Esto sería parte de las consecuencias psicosociales del tratamiento, las cuales incluyen la percepción de ser el objetivo sustancial del estigma social y la intolerancia (Ruetsch, Viala, Bardou, Martin & Vacheron, 2005). En este caso se presentarían debido a que desafortunadamente, con el paso del tiempo, las respuestas sociales hacia esta población –en particular hacia la esquizofrenia– continúan siendo negativas, y se han visto pocos cambios, y en algunos lugares nulos, a pesar de los crecientes avances en las explicaciones médico-biológicas y psicosociales de la mayoría de trastornos mentales (Van Dorn, Swanson, Elbogen & Swartz, 2005; Read, Haslam, Sayce & Davies, 2006).

Estos resultados son particularmente llamativos debido a que, al ser una población que se encontraba internada por primera vez hasta el momento de la entrevista, ninguno de los participantes había tenido alguna salida fuera del hospital. De esta manera, se puede observar que no solo el estigma experimentado aún se presenta en esta población, tal y como lo demostró la investigación de Thornicroft et al. (2009) en 27 ciudades de todos los continentes, sino que los niveles de estigma anticipado también se muestran constantes y similares entre sí.

### **Expectativas de futuro luego del alta**

Sin embargo, aunque los participantes han tenido diferentes experiencias estigmatizantes, e incluso tienen expectativas de rechazo para cuando reingresen a sus entornos sociales, todos estos



factores y situaciones parecen no haber disminuido o modificado sus expectativas y planes acerca de su futuro: *“Cuando salga de acá quiero regresar a mi tierra y atender a mi familia, quiero cocinar rico para ellos, hacerle su comida a mi esposo”* (Mirella, 33 años). Estos resultados difieren de la literatura revisada, pues no se han encontrado investigaciones que señalen directamente que las personas con enfermedades mentales mantienen sus planes y expectativas de futuro aún a pesar de las experiencias estigmatizantes que puedan haber tenido, sino que más bien la gran mayoría señala que estas experiencias representan un obstáculo en el desarrollo de estas. Sin embargo, algunos estudios han identificado variables interindividuales concernientes al funcionamiento psicosocial –tales como el bienestar del participante, calidad de vida, empoderamiento, autoestima y autoeficacia– que podrían disminuir el impacto del estigma en los individuos (Mueller et al., 2006). Es probable que algunas de estas variables estén influyendo o funcionando a manera de factores protectores frente al estigma experimentado por los usuarios.

En contraste, algunos participantes mencionan querer dejar atrás condiciones o situaciones vinculadas con la enfermedad mental, ya que la consideran como un obstáculo para su desarrollo: *“Sí me agrada saber que me estoy recuperando, pero no puedo estar mucho tiempo tomando pastillas, no quiero estar dependiendo de eso, no quiero volver a estar internada, quiero estar como una persona sana y avanzar con mi vida”* (Luisa, 29 años). Al respecto, los estudios señalan que el estigma de tener una enfermedad mental y la necesidad de tratamiento u hospitalización son serias tensiones psicológicas para la persona afectada (Karow & Pajonk, 2006), lo cual generaría en ellos un gran rechazo hacia estas posibilidades, siendo los más afectados aquellos que aprueban los estereotipos negativos y las etiquetas de su enfermedad (Rüsch, Lieb, Bohus & Corrigan, 2006; Brohan, Gauci, Sartorius & Thornicroft, 2011).

Finalmente, se puede señalar de manera general que las personas entrevistadas han experimentado estigma debido a su enfermedad mental en los diversos ámbitos ocurridos durante su primer internamiento. Es importante acotar que las experiencias de estigma recogidas se presentaron tanto en los adultos jóvenes como en los demás participantes, lo cual concordaría con lo encontrado en las investigaciones, las cuales señalan que no existe una asociación significativa entre la edad y las experiencias de estigma (Gerlinger et al., 2013).

Asimismo, los resultados obtenidos serían consistentes con otros estudios en los cuales los participantes han tenido experiencias similares de estigma, ya sea que fueron ignorados debido a su enfermedad mental, recibieron comentarios ofensivos o fueron testigos de las experiencias de estigma de otros (Adhikari, Pradhan & Sharma, 2008), generando consecuencias resaltantes como la barrera que se forma entre el usuario y la institución psiquiátrica como fuente de rehabilitación y apoyo, así como las reacciones adversas hacia la medicación, la falta de soporte social, entre otros factores que más bien amplificarían los efectos de la esquizofrenia en la vida de estas personas (Kelly, 2005; Goff, Hill & Freudenrei, 2010).

Dado que la investigación se enfocó en conocer las diversas situaciones del estigma experimentado por un grupo de usuarios de un hospital psiquiátrico, se considera que una de las principales limitaciones es la imposibilidad para establecer qué niveles de estigma experimentado se podrían considerar como altos. Si bien este no fue el objetivo principal del estudio, podría considerarse como un aspecto importante a tener en cuenta para futuras investigaciones en el tema.

Algunos autores han identificado que el nivel de satisfacción con la vida es un factor clave en la experiencia subjetiva del estigma (Switaj, Wciórka, Smolarska-Switaj & Grygiel, 2009); no obstante, una segunda limitación encontrada es la dificultad para establecer el impacto que tuvieron estas experiencias estigmatizantes en los usuarios. En esta misma línea, una tercera limitación sería la dificultad para establecer las posibles fuentes de origen del estigma experimentado en las situaciones reportadas por los usuarios, ya que no se podría establecer si el estigma que vivencian estas personas es solamente debido a su diagnóstico de esquizofrenia, a su internamiento, a otros factores o a todos ellos en conjunto.

Cabe recalcar que los resultados de este tipo de estudios no intentan ser representativos de la población estudiada, ya que principalmente pretenden la comprensión de vivencias de un grupo particular en un entorno específico. En este sentido, los hallazgos encontrados no podrían ser generalizados a población más grandes ni aplicados a otros contextos, pues fueron recogidos a partir de los testimonios de un grupo con características determinadas para la comprensión del fenómeno del estigma experimentado.

A pesar de ello, se considera necesario continuar investigando en el tema, principalmente debido a la carencia de estudios similares en nuestro contexto. Los resultados obtenidos en este tipo de investigaciones ayudarán a tener mayor claridad con respecto a los diferentes actores involucrados en este tipo de situaciones. Por ejemplo, a nivel de los usuarios de las instituciones psiquiátricas, contribuirá a evidenciar escenarios de maltrato y vulneración de derechos humanos que puedan estar ocurriendo dentro de estas instituciones. Además, esto permitirá que los familiares puedan conocer un poco más acerca de las situaciones que vivencian estas personas durante el periodo de internamiento, así como de la necesidad de apoyo social que los usuarios manifiestan como vitales para su proceso de recuperación.

Entre otros aspectos, a través de los testimonios de estas personas se podrá identificar las actitudes o comportamientos estigmatizantes que podrían estar siendo inadvertidos por los profesionales de la institución, y que probablemente les ayudaría en términos de identificar los factores que puedan afectar el tratamiento, así como en aspectos a mejorar dentro de la práctica clínica. Asimismo, el conocer las experiencias de las personas internadas y tener en cuenta sus perspectivas podrían contribuir a mejorar, o quizás a replantear, la relación entre los profesionales de salud y los usuarios del hospital.

Además, conocer estos testimonios y experiencias de estigma directamente de las personas internadas por una enfermedad mental, favorecería el cuestionamiento del sistema de salud actual y las

prácticas hospitalarias y de tratamiento. Es evidente que algunas de estas podrían no estar contribuyendo al bienestar de la persona internada, y más aún, alejarían al usuario de los servicios de salud mental. Esto representa un riesgo para la continuidad del tratamiento y el proceso de reinserción social, así como para la prevención de recaídas.

Todo ello será material valioso para nuevos abordajes en futuras intervenciones que busquen reducir el estigma hacia esta población, y sobre todo, para posibles nuevas propuestas en políticas de salud mental. Estas propuestas, además de buscar combatir el estigma, deberán enfocarse también en garantizar el bienestar y mejorar la experiencia de la persona que padece de una enfermedad mental, tanto en tratamientos de condición externa (p. e. atención de consultas, clínica de día, etc.), como en el internamiento. Esto, además de ayudar a visibilizar la problemática existente acerca de la legislación de derechos y políticas de discapacidad mental de las personas que padecen estos trastornos, también permitirá generar algunos cuestionamientos acerca de las estructuras sociales y el estigma aún presentes en nuestro contexto.





### Referencias Bibliográficas

- Adhikari, S., Pradhan, S. y Sharma, S. (2008). Experiencing stigma: Nepalese perspectives. *Kathmandu University Medical Journal*, 6(24), 458-465.
- Álvarez, L., Acevedo, A., y Durán, A. (2008). Representaciones sociales de salud y de enfermedad en pacientes hospitalizados de Bucaramanga y Floridablanca, Colombia. *Revista de la Universidad Médica de Bogotá*, 49 (3), 328-343.
- Angermeyer, M., Buyatugs, L., Kenzine, D., y Matschinger, H. (2004). Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences? *Scandinavian Psychiatric Act*, 109(6), 420-425.
- Angermeyer, M., y Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Scandinavian Psychiatric Act*, 113(3), 163-179.
- Arbach, K. y Andrés-Pueyo, A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo*, 3(28), 174-186.
- Arboleda-Flórez, J., y Sartorius, N. (Eds.) (2008). *Understanding the stigma of mental illness: theory and interventions*. Chichester: Wiley.
- Aretio, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 289-300.
- Bambauer, K. y Prigerson, H. (2006). The Stigma Receptivity Scale and its association with mental health service use among bereaved older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 139-141.
- Barak, D., y Solomon, Z. (2005). In the Shadow of Schizophrenia: A study of siblings' Perceptions. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42(4), 234-241.
- Barrow, S., y Harrison, R. (2005). Unsung heroes who put their lives at risk? Informal caring, health and neighborhood environment. *Journal of Public Health*, 27, 292-297.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N. y Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe Study. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 232-238.
- Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N. y Thornicroft, G. (2011). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN- Europe study. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 56-63.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S. y Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: A review of measures. *BioMed Central Health Services Research*, 10, 80.



- Carabejo, A. (2008). La metodología fenomenológica-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación cualitativa. Posibilidades y primeras experiencias. *Revista de Investigación Educativa*, 26(2), 409-430.
- Carniel, L., Runte, A., Torres, F., y Bruce, M. (2011). Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (4), 2077-2087.
- Chuaqui, J. (2005). El estigma en la esquizofrenia. *Ciencias Sociales Online*, 2(1), 45-66.
- Corrigan, P., Kerr, A. y Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied Preventive Psychology*, 11(3), 179-190.
- Crisp, A. (2001). The tendency to stigmatise. *British Journal of Psychiatry*, 178, 197-199.
- Defensoría del Pueblo (2009). *Salud Mental y Derechos Humanos: Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Lima: Serie de Informes Defensoriales- Informe N° 140. Recuperado de: <http://www.defensoria.gob.pe/informes-publicaciones.php>
- Depla, M., De Graaf, R., Van Weeghel, J., y Heeren, T. (2005). The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(2), 146-153.
- Duarte, E., Weisman, A., Rosales, G., y Kymalainen, J. (2008). Educational Attainment as a Predictor of Attributions and Expressed Emotion in a Tri-ethnic Sample of Relatives of Patients with Schizophrenia. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 161-170.
- Ertugrul, A., y Uluğ, B. (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Society Psychiatry and Psychiatric Epidemiologic*, 39(1), 73-77.
- Figuroa-Duarte, A., y Campbell-Araujo, O. (2004). El impacto social de las enfermedades crónicas y las discapacidades en la familia. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 21, 63-67.
- Flores, S., Medina, R., Robles, R., y Páez, F. (2012). Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11 (3), 82-89.
- Gaebel, W., Zäske, H. y Baumann, A. (2006). The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 113 (Supplement 429), 41-45.
- Galeano, M. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Colombia: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Goff, D., Hill, M. y Freudenreich, O. (2010). Strategies for improving treatment adherence in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(2), 20-26.
- González, O. (2009). Enfermedad mental, estigma y legislación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. XXIX, N° 104, 471-478.
- González, S.; Molina, J.; Huertas, D.; Blasco-Fontecilla, H.; Mora- Mínguez, F., y Pascual- Pinazo, F. (2008). Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. *Archivos de Psiquiatría*, 71(2- 4), 71, 109-127.
- Grausgruber, A., Meise, U., Katschnig, H., Schöny, W. y Fleischhacker, W. (2007). Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(4), 310-319.
- Griffiths, K., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. y Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BioMed Central Psychiatry*, 6, 21.
- Henderson, C., y Thornicroft, G. (2009). Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *The Lancet*. 373(9679), 1928-1930.
- Hernández de Cadena, N., y Escobar, C. (2004). Una aproximación al maltrato a pacientes con trastornos mentales. *Revista de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga*, 7(20), 130-133.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta Edición. México D. F.: McGraw Hill Editores S.A.
- Hernández- Viadel, M., Cañete, C., Lera, G., Pérez, J., y Roche, T. (2007). Tratamiento ambulatorio involuntario para personas con trastorno mental severo. Resultados de un estudio en la ciudad de Valencia. *Psiquiatría Biológica*, 14(1), 7-12.
- Hudson. T., Owen, R., Thrush, C., Han, X., Pyne J.M., Thapa, P., y Sullivan, G. (2004). A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 211-216.
- Janská, V. (2011). Representaciones sociales de los profesionales de la salud mental y su reflexión. *Revista de Educación y Desarrollo*, 18, 5-18.
- Jenkins, J., y Carpenter-Song, E. (2006). The new paradigm of recovery from schizophrenia: cultural conundrums of improvement without cure. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 29, 379-413.
- Jones, S., Howard, L. y Thornicroft, G. (2008). Diagnostic overshadowing?: worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 169-173.

- Kaliksztajn, B. (2001). La experiencia subjetiva de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Karow, A. y Pajonk, F. (2006). Insight and quality of life in schizophrenia: Recent findings and treatment implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(6), 637-641.
- Krajewski, C., Burazeri, G., y Brand, H. (2013). Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Research*, 210(3), 1136-1146.
- Kelly, B. (2005). Structural violence and schizophrenia. *Social Science & Medicine*, 61(3), 721-730.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S. L.
- LeBel, T. (2008). Perceptions of and responses to stigma. *Sociology Compass*, 2(2), 409-432.
- Lee, S., Chiu, M., Tsang, A., Chui, H. y Kleinman, A. (2006). Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. *Social Science & Medicine*, 62, 1685-1696.
- León, H. (2005). Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico- social. Lima: *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, Vol. VI, N° 1, 33-42.
- Li Ning, J., Rondón, M., Mina, R. y Ballón, R. (2003) Causas de rehospitalización de pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Neuropsiquiatría*, 66, 13-26.
- Link, B. y Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Livingston, J., Boyd, J. (2010) .Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Loch, A., Hengartner, P., Guarniero, F., Lawson, F., Wang, Y., Gattaz, W., y Rössler, W. (2011). El estigma presente en (atribuidos a los) psiquiatras hacia individuos con esquizofrenia. *Revista Clínica de Psiquiatría*, 38(5), 173-177
- Loinaz, I., Echeburúa, E., e Iureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Psicología Conductual*, 19(2), 421-438.
- Lolich, M., y Leiderman, E. (2008). Estigmatización en la esquizofrenia y otros trastornos mentales. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría. Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias*, Vol. XIX. N° 80, 165-173.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la

- información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. XXVIII, N° 101, 43-83.
- López, M., Laviana, M., y López, A. (2009). Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves. En: Markez, I., Fernández, A. y Pérez-Sales, P. (Eds.). *Violencia y salud mental: Salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Lysaker, P., Roe, D., Ringer, J., y Erickson, M. (2010). La relación entre el estigma y los síntomas positivos y de malestar emocional en la esquizofrenia. *Salud (i) Ciencia*, 18(2), 147-150.
- Maden, T. (2007). Violence, mental disorders and public protection. *Psychiatry*, 6(10), 399-403.
- Magallares, S. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*, 13(2), 7-17.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., y Maj, M. (2004a). Beliefs about schizophrenia in Italy: A comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 322-330.
- Magliano, L., Read, J., Patalano, M., Sagliocchi, A., Oliviero, N., D'Ambrosio, A., (...), y Cerrato, F. (2012). Contrarrestar el estigma hacia las personas con esquizofrenia en el ámbito sanitario: una experiencia piloto en una muestra de estudiantes italianos de medicina. *Psychology, Society & Education*, 4(2), 169-181.
- Maniglio, R. (2009). Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(3), 180-191.
- Marwaha, S., y Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 337-349.
- Mental Disability Rights International y Asociación Pro Derechos Humanos (2004). *Derechos Humanos & Salud Mental en el Perú*. Recuperado de: <http://www.disabilityrightsintl.org/wordpress/wp-content/uploads/Peru-Report-Esp-Final-Spanish.pdf>
- Merlinsky, G. (2006) La entrevista como forma de conocimiento y como texto negociado. *Cinta Moebio*, 27, 27-33. Recuperado de: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/27/merlinsky.pdf>
- Ministerio de la Salud (2005). *Módulo de atención integral en Salud Mental: Promoviendo la Salud Mental*. Lima: Dirección Nacional de Dirección de Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz.
- Ministerio de la Salud (2008) *Informe sobre los servicios de Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú*. Lima: Dirección General de la Salud y Dirección General de Salud Mental.



- Moll, S. (2009). *Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana*. (Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de: [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/395/MOLL\\_LEON\\_SARAH\\_REPRESENTACIONES\\_SALUD\\_MENTAL.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/395/MOLL_LEON_SARAH_REPRESENTACIONES_SALUD_MENTAL.pdf?sequence=1)
- Mueller, B., Nordt, C., Lauber, C., Ruesch, Meyer, P. y Roessler, W. (2006). Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: a longitudinal approach. *Social Science & Medicine*, 62(1), 39-49.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M. y Guillén, A. (2009). *El estigma de la enfermedad mental*. Madrid: Ed. Complutense.
- Muñoz, M., Sanz, M., y Pérez-Santos, E. (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 7, 41-50.
- Muñoz, M., Sanz, M., Pérez-Santos, E., y Quiroga, M. (2011). Propuesta de un modelo de ecuaciones estructurales socio-cognitivo-conductual del estigma internalizado en personas con una enfermedad mental grave y persistente. *Revista de investigación en Psiquiatría*, 186, 402-408.
- Murthy, S. (2005). Perspectives on the stigma of mental illness. In: Okasha A, Stefanis CN, editors. *Stigma of mental illness in the third world*. Geneva: World Psychiatric Association.
- Norman, R., Windell, D. y Manchanda, R. (2010). Examining differences in the stigma of depression and schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(1), 69-78.
- Novak, L. y Svab, V. (2009). Antipsychotics side effects' influence on stigma of mental illness: focus group study results. *Psychiatria Danubina*, 21(1), 99-102.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., Arenas, O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E. y Haro, J. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (111), 477- 489.
- Onyett, S. (2011). Revisiting job satisfaction and burnout in community mental health teams. *Journal of Mental Health*, 20(2), 198-209.
- Overton, S. y Medina, S. (2008). The Stigma of Mental Illness. *Journal of Counseling & Development*, 86, 143-151.
- Paredes, H., Jiménez, G., y Vázquez, M. (2012). Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos. *Vertientes: Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 15(2), 88-92.



- Parker, R. (2012). Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cad. Saúde Pública*, 28(1), 164- 169.
- Pastor, J., y Ovejero, A. (2007). *Michel Foucault, caja de herramientas contra la dominación*. España: Ediciones de la Universidad De Oviedo.
- Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(1), 39-50.
- Phelan, J., Link, B. y Dovidio, J. (2008). Stigma and prejudice: one animal or two? *Social Science & Medicine*, 67, 358-367.
- Putman, S. (2008). Mental illness: diagnostic title or derogatory term? (Attitudes towards mental illness) Developing a learning resource for use within a clinical call centre. A systematic literature review on attitudes towards mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 684–693.
- Quispe, L. (2014). *Clima social familiar en pacientes con esquizofrenia y en uno de sus familiares*. Tesis para obtener el grado de bachiller en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., y Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the ‘mental illness is an illness like any other’ approach. *Scandinavian Psychiatric Act*, 114(5), 303-318.
- Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D. (...) Lieberman, J. (2005), Barriers to employment for people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 411-417.
- Ruetsch, O., Viala, A., Bardou, H., Martin, P., y Vacheron, M. (2005). Psychotropic drugs induced weight gain: a review of the literatura concerning epidemiological data, mechanisms and management. *Encephale*, 31, 507-516.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. y Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539.
- Rüsch, N., Lieb, K., Bohus, M. y Corrigan, P. (2006). Self- Stigma, empowerment and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatric Services*, 57(3), 399–402.
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness: Begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. *British Medical Journal*, 324, 1470-1471.

- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P., Grabe, H., Carta, M. y Angermeyer, M. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 125(6), 440– 452.
- Schulze, B., y Angermeyer, M. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives, and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56, 299 -312.
- Senra, C., De Arriba, A., y Sepame. G. (2008). Papel de la experiencia en la aceptación vs. rechazo del paciente con Esquizofrenia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(1), 73-83.
- Shrivastava, A., Johnston, M., Thakar, M., Shrivastava, S., Sarkhel, G., Sunita, I. y Parkar, S.(2011). Origin and impact of stigma and discrimination in schizophrenia-patients' perception: Mumbai study. *Stigma Research Action*, 1(1), 67-72.
- Shrivastava, A., Johnston, M. y Bureau, Y. (2012). Stigma of mental illness- 1: Clinical Reflections. *Mens Sana Monographs*, 10 (1), 70-84.
- Snowden, J., y Lurigio, A. J. (2007). The mentally ill as victims of crime. En: Davis, R., Lurigio, A. y Herman, S. (dirs.). *Victims of crime* (3ª ed., pp. 189-199). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Strauss, A., y Corbin, J. (2008). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquía.
- Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5), 522-526.
- Stuart, H. (2008). Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 185-188.
- Switaj, P., Wciórka, J., Smolarska-Switaj, J. y Grygiel, P. (2009). Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 24(8), 513-520.
- Teasdale, B. (2009). Mental disorder and violent victimization. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 513-535.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N. y Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373(9661), 408-415.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., y Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190, 192-193.
- Toledo, E., y Luís, S. (2011). Public stigma and schizophrenia in São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(2), 130-135.

- Trejo, F. (2012). Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Revista de Enfermedades Neurológicas*, 11(2), 09-101.
- Uribe, M., Lucía, O., y Cortés, A. (2007). Voces del estigma: Percepción del estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Revista Universitas Médica*, 48(3), 207-219.
- Van Brakel, W., Anderson, A., Mutatkar, R., Bakirtzief, Z., Nicholls, P., Raju, M. y Das-Pattanayak, R. (2006). The Participation Scale: measuring a key concept in public health. *Disability and Rehabilitation*, 2006, 28(4), 193-203.
- Van Dorn, R., Swanson, J., Elbogen, E., y Swartz, M. (2005). A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry*, 68(2), 152-163.
- Yanos, P., Roe, D., Markus, K. y Lysaker, P. (2008). Pathways between internalised stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437–1442.
- Zárate, C., Ceballos, M., Contardo, M., y Florenzano, R. (2006). Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales: contacto cercano y educación en salud. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 44(3), 205-214.







**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ años de edad, acepto de manera voluntaria participar en una entrevista que será realizada por la alumna Carol Miluska Maza Rivera de la Especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La entrevista se realizará como parte del curso de Seminario Preliminar de Tesis 1 y se encuentra bajo la supervisión y asesoría de Miryam Rivera Holguín.

Esta investigación tiene como objetivos conocer la experiencia de encontrarse internado en un hospital psiquiátrico, e implicará una sola sesión en la que se realizará una sola entrevista, la cual, dependiendo de su autorización, será grabada por la alumna con la finalidad de tener la reproducción exacta de la información brindada para el posterior análisis. Esta no resultará perjudicial para la integridad ni salud de la persona entrevistada. Además, la alumna se compromete a no revelar la identidad de usted en ningún momento.

Por otro lado, los resultados obtenidos de la misma serán analizados con los fines correspondientes de la investigación manteniendo siempre el anonimato. Es importante mencionar que usted es totalmente libre de retirarse del proceso aún comenzada la entrevista si lo desea. Finalmente, para cualquier información adicional y/o dificultad, usted podrá contactarse con Miluska Maza a través de la dirección electrónica miluska.maza@pucp.pe, y además podrá contactarse con Miryam Rivera Holguín, profesora del curso de Seminario Preliminar de Tesis 1 de la universidad al teléfono 626-2000, anexo 4593.

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2014

\_\_\_\_\_  
Firma del evaluado(a)

\_\_\_\_\_  
Firma de la alumna

Yo, \_\_\_\_\_ he sido informado(a) de las condiciones en las cuales acepto participar en la investigación realizada por la alumna Carol Miluska Maza Rivera de la Especialidad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2014

\_\_\_\_\_  
Firma del evaluado(a)



## ANEXO B

### FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

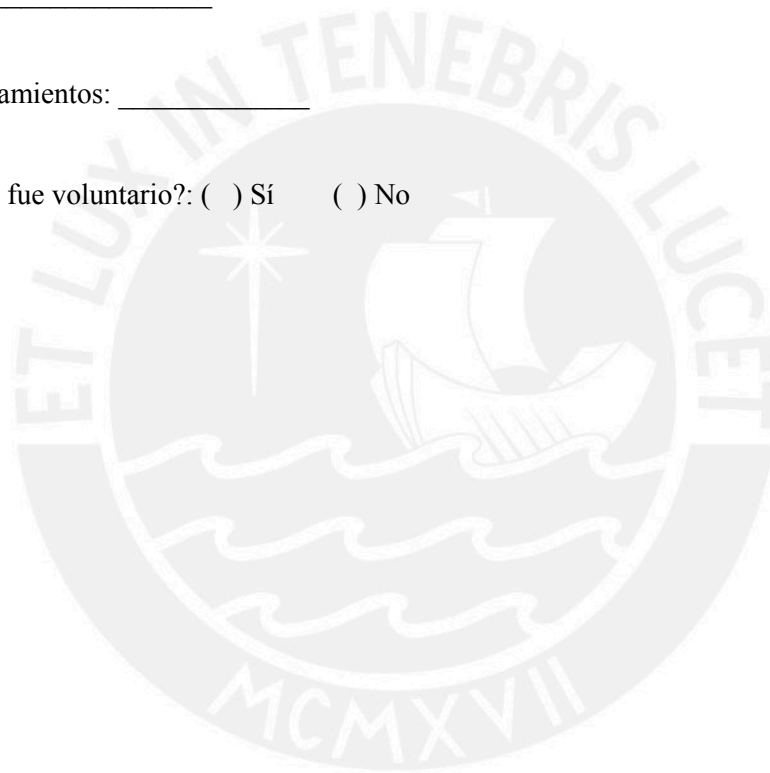
Estado Civil: \_\_\_\_\_

Región de procedencia: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Número de internamientos: \_\_\_\_\_

¿El internamiento fue voluntario?: ( ) Sí ( ) No





## ANEXO C

## GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

### 1. *Estigma experimentado en el internamiento*

- Ahora que usted se encuentra en este hospital, ¿considera que el internamiento ha cambiado su vida? ¿De qué manera?
- ¿Qué experiencias ha tenido estando hospitalizado en esta institución?
- ¿Cómo se describiría ahora que se encuentra internado?
- ¿Cómo es su relación con su familia ahora que se encuentra internado?
- ¿Usted considera que ha habido algún cambio en la relación con sus familiares? ¿Qué opinarán ellos de usted?
- Y sus amigos, ¿cómo es su relación con ellos ahora que está hospitalizado? ¿Cómo lo tratan?
- ¿Ha percibido algún cambio en la relación con sus amigos? ¿qué pensarán acerca de usted? ¿Por qué considera que sucede esto?

### 2. *Estigma experimentado con otras personas internadas*

- ¿Cómo es su relación con las demás personas que se encuentran internadas?
- ¿Se tratan de la misma manera con las demás personas? Coménteme sobre eso...
- ¿Considera que tiene amistades en su pabellón o en otros pabellones?

### 3. *Estigma experimentado con el personal de salud*

- ¿Cómo es su relación con el personal de salud que trabaja aquí? Por ejemplo, con los doctores...
- ¿Cómo considera usted que tratan a las personas que están internadas? ¿Considera que el trato recibido se debe a su diagnóstico/ enfermedad mental?
- ¿Cómo son tratadas las personas que tienen Esquizofrenia?