

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



PUCP

El Estigma Internalizado y Bienestar Psicológico en personas diagnosticadas con
esquizofrenia en un hospital de Lima

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO
DE BACHILLERA EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

Yesenia Scarlett Maldonado Meza

ASESOR

Dora Isabel Herrera Paredes De Del Aguila

2019

AGRADECIMIENTOS

Este logro se lo dedico a mi madre, mi ángel de la guardia, quién me enseñó a luchar por mis sueños. Mamá hoy logré cumplir uno de ellos, gracias por guiarme desde el cielo, te amo.

Agradezco también a mi papá, Pepito, mi persona favorita, quién confío en mí desde el primer momento y fue mi mayor motivo para seguir adelante, no sabes cuánto te quiero, sigamos creando recuerdos lindos juntos.

A Milagros, mi segunda mamá, quién fue mi cómplice de tantas travesuras, gracias por los consejos, por las palabras de aliento y por brindarle todo el apoyo cuándo lo necesitaba, te quiero.

A mi familia en general, aprendí mucho de cada uno de ustedes.

A mi asesora Dora, quién me apoyo desde la primera reunión que tuvimos, gracias por la paciencia y comprensión, sin duda cada asesoría era un espacio de confianza y de motivación.

A Roxana Ramos, quién me ayudó en la aplicación de mi tesis, gracias por la confianza y el cariño, es una excelente profesional.

A la institución en donde llevé a cabo la investigación, así como al staff de profesionales que me brindaron el apoyo necesario para la aplicación.

A cada persona que participó en esta investigación, gracias por el tiempo y la confianza para compartirme experiencias, de ustedes aprendí a ver de manera distinta la vida.

A mis amigos, quiénes me apoyaron durante todo el proceso, gracias por cada palabra de aliento, los quiero

Por último quiero agradecer a Super Junior, mi grupo favorito, cada canción acompañó momentos importantes en mi vida y las historias de superación, que compartieron con E.L.F, me motivaron a seguir luchando contra viento y marea. Lee Donghae, gracias por haber sido mi fuente de inspiración.

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo describir la relación entre el estigma internalizado y las dimensiones del bienestar psicológico (autoconcepto, autonomía, relaciones positivas, sentido de la vida, dominio de la vida, crecimiento personal) en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de Lima. La muestra estuvo constituida por 47 personas, 64% hombres y 36% mujeres, cuyas edades oscilaron entre 18 y 65 años ($M= 34,55$; $DE= 11.56$). Se utilizó dos instrumentos de medición que fueron los siguientes: Estigma Internalizado de Enfermedades Mentales (Bengochea-Seco, 2016) y Bienestar Psicológico (Díaz, 2006) las características psicométricas de los instrumentos fueron analizadas y se tomaron decisiones específicas para procesar el análisis de datos. Los hallazgos mostraron que las variables de estudio no se relacionaron en el sentido esperado. Sin embargo, se recomienda seguir investigando los constructos planteados desde un enfoque cualitativo.

Abstract

This research aims to describe the relationship between internalized stigma and the dimensions of psychological well-being (self-concept, autonomy, positive relationships, meaning of life, domain of life, personal growth) in patients diagnosed with schizophrenia in a psychiatric hospital of Lima. The sample consisted of 47 people, 64% men and 36% women, whose ages ranged from 18 to 65 years ($M = 34.55$; $SD = 11.56$). Two measuring instruments were used that were the following: Internalized Stigma of Mental Illnesses (Bengochea-Seco, 2016) and Psychological Well-being (Díaz, 2006) the psychometric characteristics of the instruments were analyzed and decisions were made to process the data analysis. The findings showed that the study variables were not related in the sense expected. However, it is recommended to continue investigating the constructs proposed from a qualitative approach..

Tabla de contenidos

	Página
Introducción	5
Método	16
Participantes	16
Medición	17
Procedimiento	19
Análisis de datos	20
Resultados	21
Discusión	24
Referencias bibliográficas	29
Anexos	41
Anexo A (Consentimiento informado)	41
Anexo B (Ficha sociodemográfica)	42
Anexo C (Confiabilidad de la escala bienestar Psicológico)	43
Anexo D (Confiabilidad de la escala de Estigma Internalizado)	46
Anexo E (Dibujo creado para comprensión de escalas)	49

Introducción

La OMS (2018) define a la salud mental como un estado de bienestar completo que involucra lo físico, mental y social. La asociación de psicología americana (APA, s.f), adicionalmente, considera que tener una buena salud mental conduce a tener una imagen positiva de sí mismo, a mejorar las relaciones sociales y tener mejores capacidades para afrontar desafíos. Tomando en cuenta el contenido de ambas definiciones, se puede considerar aspectos más amplios que aquellos reportados por el modelo biomédico que solo se centra en la ausencia de enfermedad. En el presente estudio se considera la perspectiva de la salud mental desde un modelo bio-psicosocial, a través del cual ciertos factores tales como el contexto, vivencias, situaciones políticas y/o económicas pueden influir. Por ello, al referirse a enfermedades mentales es difícil establecer una relación causa-efecto ya que otras variables, como las mencionadas, pueden intervenir en el desarrollo de la misma, es decir, la persona que padece dicha enfermedad mental, no solo muestra una disminución de su propio bienestar sino que ello también afecta, entre otras variables, sus relaciones sociales.

Existe gran variedad de trastornos mentales cada uno con diferentes manifestaciones, por lo general se caracterizan por presentar alteraciones en la percepción, pensamiento, emociones, conductas y relaciones con los demás. En los últimos años, la prevalencia de los trastornos mentales ha ido aumentando, trayendo consigo consecuencias negativas en la salud de las personas (OMS, 2017). Adicionalmente los trastornos mentales no tratados tienen un elevado costo, ya que representan el 13% de la carga de morbilidad mundial (OMS, 2012)

La OMS señala que existen 21 millones de personas diagnosticadas con esquizofrenia alrededor del mundo, siendo ésta considerada como un trastorno mental grave que reporta aproximadamente dos millones de nuevos casos cada año, con tasas de prevalencia estimada entre 0.2% y 2% de la población (Castillo-Martell, 2016). El Instituto Integración (2016) realizó un informe donde señala que el 80% de peruanos que sufren alguna enfermedad mental no son debidamente atendidos; esto puede deberse a distintos factores entre los que figuran los siguientes: pocos profesionales de salud, escasos centros médicos para poder diagnosticar y brindar tratamientos óptimos.

Asimismo, el instituto nacional de salud mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi realizó un estudio epidemiológico a nivel de Lima Metropolitana. En relación a la

esquizofrenia, los resultados mostraron que la tasa de prevalencia es aproximadamente 1%, además, se precisa que en el Perú hay más de 260 mil personas que están viviendo con esta enfermedad, siendo Lima la provincia que registra más casos (80 mil) (Castillo-Martell, 2016). De la misma manera, el hospital Guillermo Almenara informa que la esquizofrenia es uno de los trastornos que requiere constante atención médica en el servicio de psiquiatría, pues se registró 2 mil 895 consultas el primer semestre del año 2018 (EsSalud, 2018).

Siguiendo en esta línea la Dra. Elizabeth Rivera directora del hospital Víctor Larco Herrera manifiesta que en el Perú solo existen 750 psiquiatras y 19 mil psicólogos para atender a los 32 millones de habitantes; además existen comunidades que no cuentan con alguno de estos profesionales. Esta cifra es alarmante ya que la OMS señala que por cada mil habitantes de cualquier país debería existir un psiquiatra, esto refleja que los profesionales de salud mental en el Perú no abastecen a la población existente.

Por otro lado, es importante mencionar el estigma que gira en torno de las enfermedades mentales pues éstas son consideradas como una condición que dificulta el acceso a la búsqueda de atención, a seguir un tratamiento y la reintegración a la sociedad. De acuerdo a lo reportado por ciertos autores, se configura esta elaboración (estigma) por temor a que las personas sean tratadas de manera diferente, es decir, discriminados, aislados, con dificultades para realizar su vida diaria (García, 2017, Fadipe et. al 2018, Záske et al. 2018)

El estigma, término cuyo origen es griego, se utilizaba para identificar, mediante marcas o signos, a personas con un estatus menor o que poseían alguna característica que determinaba algo “malo”. Esto generaba, en el entorno social, actitudes de rechazo y desprecio a las personas que lo portaban (Thornicroft, et al., 2009). Goffman (2006) define estigma como la asignación de ciertos atributos negativos que permiten identificar a un individuo como perteneciente a un conjunto desvalorado; esta atribución deshumaniza y desacredita a las personas hasta el punto de no poder ejercer sus derechos como ciudadanos.

El estigma asociado a las enfermedades mentales implica una serie de procesos sociales, psicológicos y psicosociales con repercusiones en el individuo estigmatizado debido a que experimenta conductas discriminatorias, de exclusión y marginación de un colectivo “norma” (Stafford y Scott, como se cita en García 2017). Esta asociación ocurre por la

falta de información que la población maneja sobre las enfermedades mentales. Constatar esta situación conduce a los profesionales a proponer alternativas para psicoeducar y con ello la comprensión de que hay opciones para las personas con alguna enfermedad mental, pues su participación en sociedad es posible y necesaria (Zaske, 2018; Capar y Kavak, 2018, Fadipe, 2018)

El estigma marca un proceso de poder debido a que se cree que la asignación de “estas características” a un grupo resulta contraria a la norma establecida socialmente o que va en contra de lo esperado. Este proceso refleja una relación de dominación debido a que se observa al otro como “diferente” y por lo tanto puede ser marginado o excluido (Parker, 2012). Según Wesselman (2016) la experiencia de ser excluido, rechazado, ignorado se describe como exclusión social, a esto se le añade que las ideologías, decisiones individuales, grupales o institucionales implican la no participación de ciertas personas o grupos de manera conjunta o inclusiva en la sociedad (Morales, 2003).

Si bien el estigma se presenta de manera clara en el ser humano, es importante mencionar que éste se va construyendo en un proceso socio-cultural que incluye la categorización social que compartimos con el grupo de pertenencia (Krajewski et al., 2013). Este proceso se desarrolla de manera dinámica y es construido por las relaciones interpersonales que establecemos con grupos sociales (Espinosa y Pancorbo, 2009). La dinámica estigmatizante se caracteriza por el atributo que permite identificar y determinar la relación del grupo estigmatizado, es decir, entre el grupo que padece una enfermedad mental frente a los que no la padecen (Badallo et. al 2018)

Este atributo asignado es producto del desarrollo de una identidad social compuesta por la categorización, identificación y comparación. El primer componente identificado como categorización hace referencia a la formación de esquemas mentales que usamos para referirnos al mundo. Se construye mediante las relaciones intergrupales que establecemos con el grupo de pertenencia. Estos esquemas nos sirven como una guía de comportamiento futuro (Espinosa y Pancorbo, 2009). Por otra parte, el segundo componente, es decir el de identificación, surge a raíz de las características que nos atribuimos y compartimos con el grupo de pertenencia, esto nos permite precisar diferencias frente a otros grupos sociales. Por último, el tercer componente, denominado comparación, nace de la autoevaluación en la que resaltamos nuestras características positivas que permiten identificarnos y diferenciarnos frente a otros grupos (Subasic et al., 2008).

Lo antes mencionado puede verse reflejado en el trato y la conducta que se establece con las personas que son diagnosticadas con alguna enfermedad mental, pues la estigmatización que ronda a esta población los incapacita para que se puedan desarrollarse en diversos ámbitos, debido a una serie de creencias estereotipadas que llegan al límite de aislarlos creyendo que encerrados son menos peligrosos (Ochoa et al., 2011). Pero además, se puede observar la relación jerárquica y de dominación que se establece con estas personas, dado que se les caracteriza como un grupo diferente que posee cualidades negativas, de incapacidad y deficiencia. En esta interacción surge la ansiedad grupal que describe el no saber actuar frente al “otro” grupo, debido a las creencias erróneas que se establecen hacia ellos, es así que se evita el contacto parcial o total con el grupo. (Garrido y Alvaro, 2007; Morales et. al 2009).

El estigma está compuesto por tres elementos, el primero son los estereotipos; éstos hacen referencia a las creencias que se construyen respecto a un determinado grupo y puede sesgar la percepción hacia otros. Los estereotipos comunes que se les atribuye a las personas con enfermedades mentales son de incapacidad, personas violentas o de alta peligrosidad, seres inútiles (Muñoz et al., 2009; Mascayano et al., 2015; Tapia et al., 2015). El segundo componente son los prejuicios; de acuerdo a algunos autores, componente emocional del estigma, surge en respuesta a los estereotipos, esto se puede ver reflejado en los sentimientos de miedo, temor hacia las personas con enfermedades mentales, debido a que se cree que son personas violentas. Estos sentimientos se manifiestan a través de conductas discriminatorias, que en el modelo del estigma configuran el tercer elemento, manifestándose como el rechazo o aislamiento (Espinosa y Pancorbo, 2009; Rivera y Miluska, 2015). Según Badallo (2018) el contacto que se establece con la población estigmatizada es trascendental ya que disminuye la ansiedad grupal con expectativas a que el trato hacia ellos sea de manera diferente.

Al hablar del estigma es importante mencionar cuáles son los tipos que existen relacionados a personas con enfermedades mentales; el primero, llamado estigma percibido, se manifiesta por anticipar ciertas conductas discriminatorias al ser identificado; el segundo es el estigma experimentado que son las propias experiencias de discriminación, exclusión o aislamiento (Brohan et al., 2010); el tercero es el estigma asociado, que se refiere a las creencias de características atribuidas a las personas con enfermedades mentales, puede darse en el entorno más cercano como la familia, amigos o el propio Estado. Por último, el estigma internalizado o autoestigma es el proceso

subjetivo infundido en un contexto socio-cultural, se caracteriza por crear una identidad devaluada a partir de los estereotipos atribuidos. Las personas asumen el rol de “enfermo” (Goffman 1989, Rodríguez-Martín 2001, Livingston y Boyd, 2010). Este tipo de estigma trae consigo consecuencias negativas tanto en la búsqueda del tratamiento, a la adherencia de este y al proceso de rehabilitación, pues existe temor a ser discriminado o excluido (Badallo, 2011 y Capar, 2018).

La investigación realizada por Livingston y Boyd (2010) fue considerada como una de las revisiones internacionales más completas en indagar la relación entre el estigma internalizado, variables sociodemográficas (sexo, edad, educación, empleo, estado civil, ingresos económicos, grupo étnico), variables psicosociales (esperanza, autoestima, empoderamiento, autoeficacia, calidad de vida), variables sociales (apoyo social e integración social), variables psiquiátricas. Los resultados muestran una relación significativa del estigma internalizado y las variables sociodemográficas, sin embargo, encontraron que en las variables psiquiátricas se encuentra una asociación negativa con adherencia al tratamiento y positiva con severidad de los síntomas.

En Europa, el estudio realizado por GAMIAN-Europa (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks) (2010) indago los niveles de autoestigma, resistencia al estigma y discriminación percibida. Los resultados muestran que las variables autoestima, autoeficacia y empoderamiento, se encuentran más relacionadas con la variable autoestigma.. En la misma línea, Muñoz (2011) junto a su modelo empírico socio cognitivo comportamental del estigma internalizado realiza una investigación cuyos resultados pusieron en evidencia que el estigma internalizado tiene una relación negativa con las experiencias de recuperación.

Diversos estudios muestran que las personas diagnosticadas con esquizofrenia presentan un nivel alto de auto-estigmatización que manifiesta consecuencias negativas tales como la baja autoestima, relaciones sociales debilitadas o escasas, desesperanza, conductas suicidas, bajo auto concepto, (Fung et al., 2008; Flores et al., 2012; Sheikh et al., 2015); limitado empoderamiento y autoeficacia (Hasan, 2018)

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que genera alteraciones cognitivas, déficit del funcionamiento social y comunitario afectando la calidad de vida de las personas que la padecen (Peralta et al., 2000, Pinkham, 2014; Siagudo et al., 2014). Además las investigaciones de Yilmaz y Okanlı (como se cita en Capar, 2018)

manifiestan que las personas con esquizofrenia son las que han experimentado una mayor estigmatización frente a otras enfermedades mentales.

Se ha reportado que quienes padecen esquizofrenia presentan algunas dificultades para poder realizar sus actividades de vida diaria, básicamente porque se ven afectados por los síntomas que paulatinamente se van presentando (Capar, 2018). La experiencia del estigma puede repercutir en el alejamiento de la sociedad, a no poder establecer buenas relaciones sociales e individuales. Es decir se restringen las redes sociales ya que anticipan un rechazo en posteriores actividades si es que interactúan (Link et al., 2001) Asimismo, investigadores como Mosanya (2014) informan que las personas con un alto autoestigma tienen impacto negativo en el dominio de relaciones sociales, debido a sentirse incapaces o inútiles al establecerlas (Capar, 2018). También experimentan vergüenza e impotencia, baja confianza en sí mismos, sentimientos de incompetencia (Padurariu et al., 2011), niveles altos de depresión, disminución de esperanza y suicidio (Bobes y Gonzales 2000; Lien et al. 2017). Se encontró, además, que entre 20 a 50% de personas con esquizofrenia han intentado suicidarse (Fulginiti y Brekke, 2015; Kao y Liu, 2011), debido a que las creencias estigmatizadoras colocan a la persona en elevado riesgo de suicidio (Lien et al. 2017).

El Centro Nacional para la información Biotecnológica, que forma parte de la biblioteca nacional de medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, publicó una investigación en el año 2018 sobre el estigma internalizado y su asociación con los síntomas clínicos y ajuste premórbido (grado en que un individuo, de acuerdo al sexo y edad, fue capaz de cumplir con sus expectativas antes de iniciar la enfermedad esquizofrénica) en pacientes con esquizofrenia; los resultados permitieron afirmar que existe una asociación negativa del ajuste premórbido social y estigma internalizado entre pacientes con esquizofrenia. (Pardeller et al 2018)

Adicionalmente, existe una investigación en Perú realizada por Castell-Martell (2016) que refleja las consecuencias negativas del estigma en personas con esquizofrenia. Este estudio se desarrolló mediante una encuesta a familiares de 130 pacientes diagnosticados con este trastorno y que habían lidiado con la enfermedad por 10 años. Se encontró no sólo deterioro en aspectos clínicos, sino en situaciones ocupacionales y educativas lo cual afecta el desarrollo integral de estas personas. Los resultados muestran que el 28% de ellos reportó limitaciones para poder desempeñarse óptimamente en el ámbito laboral o educativo, es decir, cuando se encontraban fuera de sus casas. Por otro lado, el 60%

manifiesta que acceder a un trabajo en la situación de la enfermedad es casi imposible. Así mismo el 15% de los pacientes reportó que vivía en pareja, mientras que del grupo de pacientes que eran solteros al inicio de la enfermedad solo el 5% pudieron consolidar una relación amorosa. A esto se le suma que el 2.6% de pacientes decidió tener hijos durante la enfermedad, el porcentaje es bajo debido a que existe la creencia de que los hijos pueden heredar la enfermedad y es por ello que sienten temor y prefieren no formar una familia.

El estigma internalizado o el autoestigma es considerado como uno de los efectos más nocivos del estigma, pues conduce a una real desmoralización, sentimientos de vergüenza, aislamiento y limitaciones para desarrollarse en el ámbito social (Muñoz et al., 2011). De la misma manera, se encontró una relación entre el autoestigma y la identidad de las personas esquizofrénicas. Esto debido a que los efectos negativos del autoestigma se reflejan en la disminución de autoestima, la autoeficacia y la confianza del individuo, que tiene como resultado una percepción disminuida sobre ellos mismos y sobre la capacidad de poder desenvolverse en cualquier ámbito (Omori et al., 2014)

Cabe señalar que la variable autoestima juega un rol importante en la salud psicológica, ya que de acuerdo a la intensidad de la misma, el individuo podría comprender el estado de salud en el que se encuentra y adherirse a un tratamiento para lograr su recuperación (Lien et al 2017). Las personas que sufren esquizofrenia presentan una baja autoestima, esta tiende a generar dificultades, tanto clínicas como sociales, que se reflejan en el mantenimiento de la sintomatología (Navarro y Carrasco 2009, Gonzales 2016), complicación con la enfermedad, así como también pérdida de motivación, autoestima, y conductas que pueden atentar contra su vida (Borras et al 2009; Moritz et al 2010; Vracotas et al., 2012; Tarrier et al., 2004).

Adicionalmente, la investigación de Bobes (2000) muestra que existe una baja calidad de vida en las personas que padecen una enfermedad mental, siendo los esquizofrénicos los que presentan una deteriorada calidad de vida respecto a los otros trastornos y enfermedades físicas (Bobes, 2000). Smith (2000) y Lyncoln (2007) muestran también, en sus investigaciones, que tener conciencia del padecimiento de la enfermedad puede desencadenar consecuencias positivas o negativas, ya que muchos de los pacientes manifiestan que al conocer su diagnóstico se orientaron a la búsqueda de atención especializada; conocer acerca del tratamiento y en función a ello evidenciaron mejores resultados en su calidad de vida. No obstante, existen pacientes que reportan lo contrario,

el tener conocimiento de la enfermedad desencadenó síntomas depresivos y menor bienestar subjetivo (citado en Valbenito 2008).

Las investigaciones antes mencionadas reflejan cómo el estigma y el autoestigma puede desencadenar efectos negativos en el desarrollo de la vida de personas que sufren esquizofrenia, pues les genera actitudes de vergüenza, autoestima baja y problemas para desarrollarse de manera óptima, por ello se considera pertinente incursionar en la medición del bienestar psicológico propuesto por Ryff (1989). El constructo de bienestar psicológico, sustentado en el modelo eudaimónico, que se basa en el crecimiento personal (Díaz et al., 2006), es definido como la vivencia del sujeto en tiempo real, el sentimiento de felicidad que mantiene una relación con el desarrollo de su propio potencial así como el funcionamiento óptimo, que incluye autorrealización, auto apreciación positiva, calidad en los vínculos sociales, crecimiento profesional y autodeterminación (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995; Diener et al, 2009).

Es por ello que Ryff (1989) propone un modelo multidimensional compuesto por seis dimensiones (Díaz et al. 2006; Castro y Vanessa, 2011) el primero llamado *auto concepto* considerado como uno de los criterios centrales del bienestar. Esta dimensión describe la sensación de sentirse bien consigo mismo que va desde la aceptación de uno mismo, así como el reconocimiento de sus cualidades. Por otra parte, la *autonomía*, segunda dimensión, se refiere a la capacidad de ser independiente, siguiendo nuestras propias convicciones (autodeterminación). Ryff menciona que las personas que puntúan alto en autonomía son capaces de resistir a la presión social y pueden autorregular su comportamiento; la tercera dimensión son las *relaciones positivas establecidas con otras personas*, que describe la capacidad para formar relaciones de amistades confiables, sólidas, cálidas y duradera. La cuarta dimensión es el *sentido de vida*, manifestada como la capacidad para plantearse metas u objetivos que otorguen una dirección a la vida. La quinta dimensión es el *dominio del entorno*, que describe la habilidad personal para manejar el ambiente, así como crear y aprovechar oportunidades en entornos cercanos que favorezcan a desarrollar y potenciar las habilidades, por último el *crecimiento personal* que refiere al sentimiento de crecimiento o superación por desarrollar potencialidades.

Descrito estos aspectos que conforman al bienestar psicológico, la experiencia de estigma y el estigma internalizado pueden afectar lo propuesto por Ryff, debido a que las personas con esquizofrenia viven continuamente insertas en una sociedad que refuerza ideas

estigmatizadoras acerca de la enfermedad mental y particularmente la esquizofrenia. Dicha situación condiciona el comportamiento individual teniendo como resultado aislamiento social o mayores limitaciones para desenvolverse; pues prefieren ocultarse para evitar actitudes de rechazo. Además, este tipo de comportamientos, configuran un obstáculo para la recuperación, ya que, muchas veces, el temor supera a la necesidad de acudir a un hospital y solicitar tratamiento, pero el efecto más nocivo es internalizar estas ideas e incluirlas en la construcción de la imagen de sí mismos (Muñoz et al., 2011)

Es importante resaltar que existen factores que tienen un impacto negativo en la calidad de vida y el bienestar de las personas con esquizofrenia; estos son el desempleo, la minoría étnica y la pobreza (Wilton 2004; Krieger 2007; Marmot et al., 2008). La investigación realizada por el instituto mental Hideyo Noguchi en el Perú, encontró una correlación directa entre la prevalencia de personas con esquizofrenia y pobreza, esto pone en evidencia que hay ciertas condiciones que elevan el estado de vulnerabilidad (Castillo-Martell, 2016), pues se presenta una intersección de factores que imposibilita a las personas que padecen esquizofrenia, adherirse a un apropiado tratamiento y recuperación.

Novak y Vab (2009) señalan que las personas con esquizofrenia han experimentado mayor discriminación en el ámbito laboral a causa del estigma, ya que se asociaba a este trastorno con el consumo de sustancias alucinógenas o drogas que mostraban efectos secundarios. Lo expuesto muestra la dificultad que tienen las personas esquizofrénicas para encontrar un trabajo (como se cita en Bautista, 2017). Asimismo, reportan que han sufrido mayor estigmatización las personas esquizofrénicas que tienen un empleo frente a las que no, esto debido a que está expuesto a palabras y comportamientos estigmatizados en el entorno laboral, ya que son considerados como incapaces e incompetentes.(Carpar, 2018; Crowe et al., 2018)

Existen investigaciones que analiza distintos grupos de edad, específicamente jóvenes y adultos con esquizofrenia, que sufrieron estigmatización respecto a la enfermedad. Ello generó consecuencias en su funcionamiento social, siendo los adultos, el grupo de edad, que puede enfrentar mejor el diagnóstico y adherirse al tratamiento. Por otra parte, existen diferencias de género en relación a experiencias de estigma. Particularmente con respecto a la experiencia del autoestigma, siendo las mujeres las que obtienen un menor puntaje frente a los hombres; según los autores ello se debe a que las mujeres tienen un mayor

conocimiento sobre diversos aspectos vinculados al fortalecimiento de la salud mental (Crowe et al., 2018).

En la presente investigación y otros estudios realizados en el ámbito, se señala que la educación podría ser un predictor del autoestigma en diferentes grupos, pues encontraron que las personas con esquizofrenia que tienen un mayor nivel de educación, conservan la capacidad de comprensión y de esta forma pueden informarse acerca de la enfermedad, la importancia del tratamiento y formas de poder seguir realizando actividades diarias con el diagnóstico (Crowe et al., 2018)

Es importante mencionar que los familiares de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia también experimentan el estigma, ello ocurre porque ante la confirmación del diagnóstico se genera en ellos angustia y ansiedad por la incertidumbre acerca del cambio que tendrán sus familiares (Guardia 2010). Hay múltiples investigaciones (Cabanyes, 2010; Guardia 2010, Hidalgo, 2013, Ramirez et al., 2009) que mencionan ciertas tendencias en los familiares de los pacientes esquizofrénicos; se señala que usualmente muestran desgaste emocional, irritabilidad y algunas limitaciones en su vida cotidiana. Ello afecta de manera directa la evolución, adherencia al tratamiento y desenvolvimiento del paciente. Por otro lado, revelan la ardua tarea que demanda cuidar a los pacientes con esquizofrenia, así mismo reportan que lo más doloroso es asumir que no podrán lograr su proyecto de vida y que tendrán que lidiar con obstáculos y actitudes discriminatorias (Caravedo, 2015). Cuando el familiar llega a picos altos de ansiedad se involucra sentimentalmente con el paciente desarrollando un comportamiento de sobreprotección.

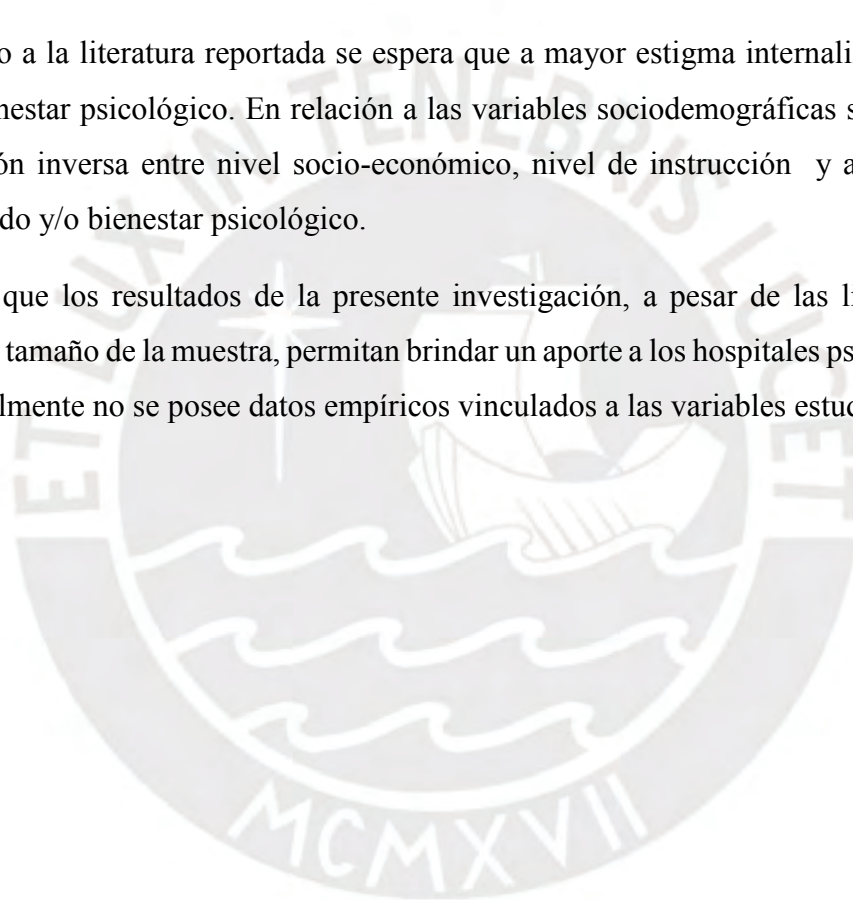
De la misma manera que la persona que padece esquizofrenia, la familia también puede experimentar autoestigma; esta se manifiesta en sentimientos de culpa, vergüenza y tendencia a ocultar a la persona diagnosticada; ello ocurre por temor a ser discriminados, esto puede llegar al punto de no buscar ayuda para el beneficio del paciente (Bautista 2017). Además las creencias, valores, costumbres compartidas por los miembros de familia influyen en la evolución de la enfermedad (Rejas, 2011).

Debido a lo mencionado anteriormente y considerando que en el Perú hay escasa información y estudios sobre estigma internalizado, resulta relevante investigar esta variable. En la presente investigación se tiene como objetivo general indagar la relación entre estigma internalizado y las dimensiones del bienestar psicológico: autoconcepto,

autonomía, crecimiento personal, dominio de la vida, relaciones con otros y sentido de la vida en una muestra de pacientes con esquizofrenia (con tratamiento psiquiátrico) de un centro psiquiátrico de Lima Metropolitana. Además, como objetivos específicos se busca examinar 1) las diferencias entre autoestigma internalizado, bienestar psicológico y las variables sociodemográficas registradas en la ficha de datos (sexo, nivel de instrucción, nivel socioeconómico 2) las diferencias entre autoestigma internalizado, bienestar y los grupos de pacientes que tienen el diagnóstico y tratamiento en un período máximo de seis meses y los que tienen la misma situación pero por un período más prolongado (más de una año)

De acuerdo a la literatura reportada se espera que a mayor estigma internalizado exista menor bienestar psicológico. En relación a las variables sociodemográficas se esperaría una relación inversa entre nivel socio-económico, nivel de instrucción y autoestigma internalizado y/o bienestar psicológico.

Se espera que los resultados de la presente investigación, a pesar de las limitaciones respecto al tamaño de la muestra, permitan brindar un aporte a los hospitales psiquiátricos, pues actualmente no se posee datos empíricos vinculados a las variables estudiadas.



Método

Participantes

Se convocó a 100 pacientes diagnosticados con esquizofrenia y que se encontraban en tratamiento, hospitalizados o en consulta externa. Solo respondieron de manera favorable 47 pacientes cuyas edades oscilaron entre 18 y 65 años ($M= 34,55$; $DE= 11,56$). Del total de los participantes el 64% eran varones. La mayoría de ellos reportaron haber asistido a una institución educativa (86%) siendo el mínimo nivel logrado primaria incompleta. El nivel socioeconómico medio fue el que obtuvo mayor porcentaje (50%). Por otro lado, el 70% mencionó que fueron internados más de una vez en un hospital psiquiátrico, específicamente se indicó que habían ingresado entre 2 o 3 veces. Asimismo, del total de participantes, el 54% reportó que después de su alta del primer internamiento se dedicó a trabajar, por otro lado, el 30% manifestó que se quedó solo en casa, mientras que el 10% decidió retomar sus estudios. 6% de los participantes no respondió a esta pregunta.

Los criterios de inclusión que se consideró para el presente estudio fueron los siguientes:

- 1) Los/las participantes deberían presentar el diagnóstico y tratamiento de esquizofrenia; para esto se solicitó el permiso correspondiente a la institución a fin de que los médicos pudieran constatar dicho diagnóstico en las historias clínicas de cada uno de los participantes.
- 2) Se consideró indispensable que los pacientes no presentarán un deterioro cognitivo mayor pues no podrían resolver los cuestionarios; dicha condición fue también reportada y constatada por los médicos de la institución.

Entre las variables sociodemográficas registradas y consideradas en la ficha de datos se encuentran las siguientes: sexo, edad, grado de instrucción, nivel socioeconómico, número de veces que fueron internados y actividades que realizaron después de su primer internamiento; para favorecer el registro de esta variable se consideró un espacio físico privado para que los participantes puedan expresarse.

El consentimiento informado se presentó de manera verbal y escrita; se leyó el documento a cada uno de los participantes; de esta manera, se explicaba los fines del trabajo y se garantizaba la confidencialidad de sus respuestas. Además, se informó que su participación era completamente voluntaria; se les planteaba explícitamente la opción de retirarse en cualquier momento si se sentían incómodos o cansados ; por otra parte se

recalcó, enfáticamente, que su participación no afectaría, de ningún modo, el proceso de alta establecido por el personal de salud perteneciente al hospital.

Medición

Para el presente trabajo se utilizó dos instrumentos: estigma internalizado y bienestar psicológico.

Estigma Internalizado: La versión original de la escala denominada Internalized Stigma of Mental Health (ISMI), fue creada por Ritsher, Otilngan y Grajales en el año 2003. Este instrumento tiene como objetivo medir el autoestigma en personas diagnosticadas con algún trastorno grave como la esquizofrenia. La prueba está compuesta por 29 ítems y tiene 5 factores: alineación, estereotipos, aislamiento, discriminación y resistencia; cada uno de estos factores está compuesto de 4 ítems que se puntúan mediante una escala tipo Likert de 4 puntos en la que 1 indica “totalmente en desacuerdo” y 4 “totalmente de acuerdo”.

Esta prueba fue adaptada al idioma español por Bengochea-Seco en el año 2016, el nuevo nombre que le otorgó la autora a la prueba es *Estigma internalizado de enfermedad mental*. Para realizar dicha adaptación se trabajó con 69 pacientes diagnosticados con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. La confiabilidad reportada a través de test-retest fue .91 y .95 respectivamente. No obstante, al realizar el análisis por áreas solo cuatro factores registraron adecuada confiabilidad: alineación .80, estereotipos .78, aislamiento .78 discriminación .77 en el caso de resistencia al estigma se registró .42 este resultado coincide con la escala original y las adaptadas a otro idioma, por lo que la autora propone considerar como un constructo diferente y diferenciado del estigma personal. En el caso peruano, no se han encontrado estudios que hayan empleado esta escala. En el presente trabajo, se trabajó con la prueba utilizando las cinco áreas. En términos globales, se obtuvo un alfa de Cronbach de .73, mientras que al considerar cada uno de los cinco factores que componen la escala, solo el factor aislamiento registra un alfa de .75 sin haber eliminado ningún ítem; sin embargo, el factor alienación no reportó un alfa de Cronbach adecuado por lo que se tuvo que eliminar 3 ítems, obteniéndose así un alfa de .67. Los tres factores restantes (estereotipos, discriminación y resistencia) tuvieron que eliminarse debido a que sus alfa de Cronbach eran sumamente bajos.. (Ver anexo D)

Bienestar psicológico.- Se utilizó la Escala de bienestar psicológico, cuya versión original fue propuesta por Carol Ryff en el año 1989. Se denominó Psychological well-being

Scale. Ésta prueba tiene como objetivo medir diferentes aspectos del funcionamiento positivo según el modelo eudaimónico del bienestar. La escala cuenta con seis dimensiones que son las siguientes: autoaceptación, relación positiva con otros, autonomía, dominio ambiental, propósito en la vida y crecimiento personal. Esta versión tenía 32 ítems puntuados con una escala tipo Likert de 6 puntos en la que 1 equivale a totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo.

Originalmente, la prueba se aplicó en 321 estudiantes entre jóvenes, adultos de mediana edad y adultos mayores. Después de calcular correlaciones ítems-test se eliminaron los ítems que puntuaban bajos quedando solo 20 ítems por área, es decir 120 ítems. La escala fue adaptada al idioma español por Díaz en el año 2006 en España y luego de sucesivos análisis, que reportaron evidencias de validez y confiabilidad, se obtuvo una nueva versión de la escala en la que sólo se mantuvo 29 ítems, con un coeficiente alfa de Cronbach que oscila entre .71 y .84.

En el contexto peruano se validó esta escala por Milagros Cubas en el año 2003, para esto se aplicó este instrumento en estudiantes universitarios entre 18 y 31 años, la prueba mostró un alfa de Cronbach de .89 y para las subescalas un alfa de Cronbach superior a .77. Para la presente investigación se eligió trabajar con la escala adaptada por Díaz, ello debido a las características de la muestra, pues al ser pacientes con esquizofrenia, pese a que los psiquiatras consultados han reportado que no poseen déficit cognitivos severos, les resulta complejo responder a una prueba extensa, o prestar atención por un período prolongado; tienen ciertas dificultades para entender lo explicado y además presentan, en algunas ocasiones, dificultad para hablar o apatía (NIHM, 2015). Para la presente investigación, la confiabilidad obtenida fue de .76 en términos globales. Al realizar el análisis por áreas o factores los alfa de Cronbach fueron los siguientes: auto aceptación .74, propósito en la vida .69; relaciones positivas .60, autonomía .59, dominio del entorno .58 y crecimiento personal .43 como se muestra registraron alfas de Cronbach muy bajos y pese a que se consideró como posibilidad eliminar algunos ítems, dicha medida de consistencia interna no varió; por ello se decidió eliminar los cuatro últimos factores mencionados (Anexo C)

Procedimiento

Para iniciar el contacto con la población referida, se solicitó la carta de presentación a la Facultad de Psicología; éste documento, junto con la información y los objetivos de la presente investigación fue presentada a la responsable del área psiquiátrica en la que serían aplicadas las pruebas psicológicas. Posteriormente, se respetó el protocolo de trabajo propuesto por el hospital psiquiátrico y por ello se tuvo una reunión informativa con la jefa que otorgó el permiso; se estableció contacto con la supervisora designada para que acompañe el proceso de aplicación y se mantuvo constante comunicación con los profesionales que estaban en contacto con los pacientes seleccionados. Se tuvo acceso a las historias de los pacientes, en estas se encontraba la información absoluta de la condición de cada uno de ellos, de esta manera se revisó exhaustivamente si se encontraban en condiciones favorables para responder a la prueba y si presentaban un deterioro cognitivo. Confirmando todos los requisitos se procedía con la evaluación a los participantes.

Se procedió a la aplicación del piloto con 5 participantes. Ello permitió realizar ciertos cambios en el proceso de aplicación de los cuestionarios. Por ejemplo, calcular mayor tiempo para aplicar las pruebas individualmente. Además, se constató por manifestaciones comportamentales de los pacientes, que la medicación administrada antes de la evaluación, era un factor a considerar, pues aparecían ciertos efectos secundarios, tales como cansancio, somnolencia y ansiedad. Por ello, se consideró aplicar los instrumentos horas después de haber recibido la dosis de pastillas. Considerando estas particulares circunstancias, la evaluación duró dos o tres días por participante. Otro aspecto importante a mencionar es que ambas escalas tienen un formato de respuestas tipo Likert. Ello generó dudas en los pacientes, lo cual fue constatado en el estudio piloto. La escala les parecía confusa, para resolver esta dificultad, se elaboró un termómetro usando diversos colores y con ello se logró que las opciones de respuesta sean comprensibles. (Anexo E)

Para proceder a la aplicación individual de los cuestionarios se acondicionó un ambiente dentro del hospital. Antes de administrar la prueba se procedió a presentar el consentimiento informado; adicionalmente se leía en voz alta dicho documento; con ello se facilitó la comprensión de los objetivos de la investigación y se aclaró dudas. Si los participantes aceptaban, se presentaba la ficha sociodemográfica y los cuestionarios respectivos. La investigadora acompañó al participante durante la evaluación con la

finalidad de responder a cualquier inquietud y orientarlos en caso de existir alguna duda o dificultad en relación a cómo responder el cuestionario (solo se atendió aspectos formales). Un dato a resaltar fue la importancia de haber realizado un protocolo de contención por si las preguntas que contenían las escalas tuvieran algún impacto emocional evidente en los pacientes. De esta manera, ayudó a que no se sientan solo como participantes de una evaluación, sino que podían ser escuchados en caso de desear comunicarse.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el software SPSS Statistic versión 23. Se organizó y llenó la base de datos. En primer lugar, se analizó la confiabilidad de ambas escalas: Estigma Internalizado de Enfermedad Mental y Bienestar Psicológico, con el coeficiente de Cronbach tanto para las dimensiones y escala global.

Posteriormente se realizó la prueba de normalidad de Shapiro Wilk pues nuestra muestra era de 47 participantes; se comprobó el ajuste de los datos a una distribución normal, por lo que se decidió optar por análisis paramétricos. Se realizaron análisis descriptivos para la muestra total y se precisó las frecuencias, Media y DS de las variables implicadas en el estudio exploradas.

Por último, se analizó la relación entre las variables mediante la correlación de Pearson; posteriormente se realizó una comparación de medias aplicando la prueba t de Student y considerando las siguientes variables: sexo, edad, grado de instrucción, nivel socio económico percibido, frecuencia de internamiento en hospitales psiquiátricos y actividades realizadas luego de su primer internamiento.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados de los análisis que se realizaron para responder a los objetivos de la siguiente investigación. En primer lugar se realizó el análisis descriptivo, la tabla 1 considera a las variables de ambas escalas que obtuvieron una confiabilidad aceptable y no perdieron los ítems que conformaban cada dimensión. Por ello, en la escala de estigma internalizado se consideró cuatro dimensiones y de la misma manera en la escala del bienestar psicológico se incluyó cinco dimensiones. Los resultados muestran que las dimensiones del estigma internalizado, que oscilaban en un rango del 1 al 4, obtuvieron una media superior a 2.7. En la escala del bienestar psicológico, que oscilaba en un rango del 1 al 6, sólo dos dimensiones tuvieron una media superior a 4.0. (autoaceptación y dominio del entorno).

Tabla 1

Medias de los puntajes de las escalas de estigma internalizado y bienestar psicológico

VARIABLES	M	DE
Aislamiento	2.82	.69
Alienación	2.76	.61
Discriminación	3.11	.99
Autoestigma	2.86	.73
Autoaceptación	4.02	1.41
Relaciones positivas	2.93	1.75
Autonomía	3.35	1.65
Dominio del entorno	5.35	1.17
Propósito de vida	3.57	1.42

Para los análisis posteriores solo se consideró las dimensiones que mostraron una confiabilidad aceptable manteniendo por lo menos dos de sus ítems. En la escala de estigma internalizado se conservó las siguientes dimensiones: aislamiento y alienación, mientras que en la escala del bienestar psicológico se mantuvo: auto aceptación y propósito de vida. Con las dimensiones mencionadas se procedió a analizar las correlaciones. En la tabla 2 se muestran los resultados de este análisis y se puede constatar que, para esta muestra, no hay una relación significativa entre las dimensiones de las dos

variables estudiadas. Si hay relación entre las dimensiones que forman parte de cada una de las escalas, resultado que se esperaba. .

Tabla 2

Correlaciones entre las dimensiones de las variables estigma internalizado y bienestar psicológico

	Aislamiento	Alienación	Auto aceptación	Propósito de vida
Aislamiento	-----			
Alienación	.52**	-----		
Auto aceptación	.04	-.08	-----	
Propósito de vida	-.14	-.21	.65**	-----

*La correlación es significativa en el nivel .05

Posteriormente, con el propósito de conocer si en la muestra evaluada, existían diferencias en función al sexo, se contrastó los grupos en cada una de las dimensiones de las variables estudiadas. Cabe señalar que, al analizar la distribución de los datos obtenidos de la muestra seleccionada, se constató que éstos se organizaban de forma simétrica o normal en el caso de la variable bienestar psicológico mientras que en la variable estigma internalizado la distribución fue no normal. Considerando ello, se aplicó la T Student para analizar la variable bienestar psicológico y la U de Mann-Whitney para estigma internalizado. Los resultados pusieron en evidencia diferencias en función al sexo sólo en la dimensión de alienación, que corresponde a la variable estigma internalizado. Las mujeres presentan mayor alienación que los hombres. En las otras dimensiones tanto de estigma internalizado, como de bienestar psicológico, no se constató diferencias (Tabla 3 y 4)

Tabla 3

Comparaciones de medias entre las variables de estigma internalizado y bienestar psicológico en grupo de hombres y mujeres

Dimensiones	Mujeres		Hombres		T	P
	M	DE	M	DE		
Autoaceptación	4.08	1.59	3.99	1.34	-20	.35
Propósito de vida	3.08	1.26	3.80	1.45	1.64	.45

Tabla 4

Comparaciones de medianas entre las variables de estigma internalizado y bienestar psicológico en grupo de hombres y mujeres

Dimensiones	Mujeres		Hombres		U	P
	Mdn	DE	Mdn	DE		
Aislamiento	3.16	.28	2.83	.78	186.00	.22
Alienación	3.33	.68	2.50	1.08	153.500	.046

Respecto a las otras variables sociodemográficas como edad, grado de instrucción, número de hospitalizaciones y nivel socioeconómico percibido no se encontró una relación significativa.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como finalidad conocer la relación entre el estigma internalizado y las dimensiones del bienestar psicológico propuesto por Ryff (1989) en personas con diagnóstico y tratamiento de esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana. Además, se consideró variables sociodemográficas con el objetivo de realizar comparaciones entre grupos.

Es importante mencionar que los análisis de los datos recogidos consideraron las dimensiones implicadas en cada una de las variables estudiadas cuyos niveles de consistencia interna eran aceptables. Por ello, en la escala de estigma internalizado, las dimensiones consideradas fueron alienación y aislamiento, en la escala de bienestar psicológico, fueron auto concepto y propósito de vida. Es importante reflexionar respecto a la limitada confiabilidad que reportaron los instrumentos utilizados en la muestra seleccionada. Se ha considerado que entre las razones que probablemente expliquen esta situación se encuentran la vinculada a las historias clínicas de los pacientes, si bien se realizó una exhaustiva revisión de estas (con supervisión del personal médico) y se seleccionó rigurosamente solo a aquellos participantes que cumplieran con los criterios de inclusión, que fueron los siguientes: 1) presentar diagnóstico y tratamiento de esquizofrenia y 2) No presentar deterioro cognitivo mayor, reportado por el psiquiatra, tal vez, dichos criterios, reportados por los especialistas, no fueron totalmente equivalentes.

Al consultar a los médicos y personal encargado si los criterios de inclusión perjudicarían la resolución de las escalas, ellos sugirieron reportar la condición de los pacientes luego de reunirse, es por ello que los profesionales de salud, del instituto donde se llevó a cabo la evaluación, con el objetivo de determinar la condición exacta del participante, se reunieron para precisar el estado del paciente, para ello, discutieron en sesiones específicas, el caso clínico y realizaron una evaluación constante de la situación del paciente para determinar el diagnóstico exacto y precisas que no había deterioro cognitivo mayor. Esta situación pudo haber generado cierta incertidumbre en los pacientes seleccionados que tuvieron conocimiento de dicha evaluación. Tal vez, dicha circunstancia, generada por los profesionales de salud podría haber favorecido la presencia de ciertos niveles de ansiedad en los participantes y a pesar de que se trabajó con ellos en espacios favorables, tal vez no se encontraban en condiciones óptimas.

Pese a la constatación de que no había deterioro cognitivo mayor, se pudo observar cierto deterioro leve, ello pudo ocurrir, por las particulares características que presentaba la muestra con la que se trabajó. Tal vez el tratamiento farmacológico o la propia esquizofrenia generaron cierta dificultad para procesar la información de las pruebas. La literatura científica señala que la esquizofrenia afecta diversos procesos de pensamiento, comportamiento y lenguaje (Kaplan y Sandock, 1995; Casarrubios y García, 2002 citado en Aponte 2015). Además de verse afectada el proceso de atención, dificultades en la recepción de los estímulos y en la codificación de la información percibida (Saykin et al, 1992; Harvey y Keefe, 1997 y Heinrichs, Rw, 1995), adicionalmente los pacientes que presentan este diagnóstico muestran capacidad limitada para procesar información y escasas estrategias de aprendizaje efectiva como la agrupación de ideas (como se citó en Kar y Jain, 2016). A pesar de que los equipos de salud nos indicaron que el deterioro cognitivo era leve, esto pudo afectar la comprensión de los ítems y emisión de respuestas ante reactivos calificados con una escala tipo Likert. Cabe señalar que en el piloto que se llevó a cabo con un pequeño grupo de pacientes se logró superar esta dificultad, pero quizás en el grupo evaluado, el deterioro cognitivo, si bien era leve, podría interferir en la comprensión de las pruebas.

Es importante resaltar que en relación a los objetivos planteados en la investigación; si bien se procedió a realizar los análisis para precisar la relación entre autoestigma y bienestar psicológico, no se encontró la relación esperada entre las variables estudiadas. Cabe mencionar que solo se trabajó con las dimensiones de confiabilidad aceptable y los resultados indican que los factores alienación y aislamiento, que forman parte de la escala que evalúa estigma internalizado, no se asocian a las dimensiones de autoconcepto y propósito de vida que forman parte del bienestar psicológico y al igual que en el caso de las dimensiones de estigma internalizado, mostraron niveles aceptables de consistencia interna en la muestra estudiada. Estos resultados ponen en evidencia lo mencionado por Silva y Restrepo (2017) quienes al reportar los resultados de su investigación, señalan que las personas que presentan el diagnóstico de esquizofrenia son conscientes de que solo el nombre de la enfermedad se asocia a estereotipos, prejuicios y disminución de la capacidad para el desarrollo social; todo ello podría desencadenar aislamiento. Es decir, el autoestigma, el propósito de vida y autoconcepto, de acuerdo a los datos recogidos no se relacionan. Tal vez se deba a la circunstancia de aislamiento. Sin embargo, los autores mencionados, consideran que aceptar, ser conscientes y luchar por sobrellevar el

diagnóstico es clara demostración de hacerle frente y seguir con sus propósitos de vida. Ello implica que la relación entre las variables analizadas podría presentarse.

En la misma línea, Sugawara y Mori (2018) indican que las personas con esquizofrenia están en una constante búsqueda de construir una identidad positiva, dejando de lado el estigma que ronda el nombre; de esta forma se les ayuda a tomar consciencia de la enfermedad y resaltar las posibilidades existentes para adaptarse a una vida favorable en el futuro. Asimismo, la investigación que realizó Martínez (2014) refuerza la actitud que están tomando los pacientes frente a esta enfermedad y respecto a sobrellevarla, pues ya no buscan una recuperación “completa” sino que anhelan una recuperación funcional que incluye una actitud subjetiva, es decir, que puedan volver a desenvolverse en sus actividades anteriores y experimentar una sensación de optimismo, esperanza, mostrando su capacidad para lograr sus objetivos. Díaz et al (2015) menciona que las variables autoestima, empoderamiento, apoyo social, esperanza de calidad de vida juegan un rol importante en la recuperación subjetiva del paciente.

Considerando estos hallazgos, Roca (2016) realizó una investigación en la que recopiló pequeños relatos de psiquiatras que atendían a pacientes con esquizofrenia, en ellos encontró que no desean que les “quiten” la enfermedad sino que, a pesar de su diagnóstico, sueñan con no tener las limitaciones para desarrollarse de manera plena en la sociedad, pues desean poder vivir junto con sus familiares, encontrar pareja o trabajo. Los médicos resaltan que existe un cambio importante en los pacientes al recibir el diagnóstico de esquizofrenia, pues en la actualidad, aquellos que reciben el diagnóstico tratan de entender los síntomas, adherirse al tratamiento y buscar la manera de no afectar su calidad de vida. Estos pequeños relatos reflejan la importancia de la resiliencia, considerada como un buen predictor del bienestar psicológico. (Izydorczyk et al., 2019).

Respecto al objetivo específico, los resultados muestran diferencias en cuanto a sexo en el factor alienación, que pertenece a la escala del estigma internalizado. De acuerdo a Goffman (1989) alienación implica la experiencia subjetiva de sentirse excluida o inferior frente a un grupo social, es decir, se asume la identidad devaluada. En la presente investigación se encontró que las mujeres presentan altos puntajes en este factor. Esto podría responder al concepto de interseccionalidad, entendida como un categoría analítica en la que distintos factores como raza, nacionalidad, clase, género, raza, discapacidad se enlazan en una misma persona y genera situaciones de discriminación (La Barbera, 2017).

En la investigación desarrollada se articulan tres factores que influyen en el resultado, pues las participantes son mujeres, en su mayoría de bajos recursos y con discapacidad.

El alcance del presente estudio se circunscribe al grupo estudiado, no obstante, incursionar en este campo pone en evidencia un cambio respecto a la relevancia y conceptualización de esquizofrenia, pues el estigma que tiende a asociarse a esta enfermedad se está combatiendo poco a poco. Hay diversos mecanismos, por ejemplo la psicoeducación, que contribuyen al cambio, pues a través de dichos mecanismos se tiende a brindar una explicación acerca de lo que implica la esquizofrenia, la importancia de adherirse al tratamiento, la búsqueda del bienestar cotidiano y evitar ser incapacitado. Por otro lado, existe evidencia, reportada por los profesionales de salud, sobre la lucha constante de los pacientes frente a este trastorno. Ello no se centra solo en los cambios y aspectos negativos producidos por el mencionado trastorno, sino en las estrategias que ellos construyen para hacer frente a esta enfermedad, por ejemplo, son conscientes de sus habilidades y utilizan como recurso la “fe” que se convierte en su arma para luchar a favor de una vida favorable. Es importante sugerir que en futuras investigaciones, no solo se disponga de ciertas estrategias de contención a favor de los participantes, tal como se ha procedido en el estudio actual; sino que sería conveniente sistematizar, con los profesionales de salud de la institución estudiada, un protocolo de trabajo con los colaboradores. Entre las principales limitaciones encontradas se puede indicar que la escala de bienestar psicológico utilizada, no ha tenido antecedentes de aplicación en muestras psiquiátricas. Por ello, resulta recomendable validar el instrumento y adaptarlo considerando los aspectos que presenta la esquizofrenia, de esta manera se podrá llegar a mejores resultados.

Por último se recomienda mayor investigación frente a los constructos propuestos desde un enfoque cualitativo, pues en el desarrollo de la investigación, se observó que los pacientes buscaban espacios de escucha activa en la que podían compartir vivencias directas de discriminación, lucha ante su diagnóstico, sugerencias para el personal de salud en cuanto a trato, pues indican que muchas veces, por su condición, no se les escucha ni se les permite participar en decisiones.. Asimismo, resulta relevante fortalecer el espíritu de lucha que ellos mismos mencionan, significado que incluye empoderamiento, esperanza, confianza, seguridad de capacidades, para poder enfrentar el estigma que se tiende a elaborar respecto a las enfermedades mentales. La psicoeducación juega un papel importante, mediante esta se puede informar sobre los

trastornos mentales, síntomas, tratamiento y rehabilitación. Sería conveniente fortalecerla para aplicarla en diversos ámbitos asociados a la enfermedad física y mental.



BIBLIOGRAFÍA

American Psychological Association (s.f). Cambie de opinión acerca de la salud mental. Recuperado de: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/cambie.aspx>

Aponte, M., Torres, P., & Quijano, M. C. (2015). Función ejecutiva y cociente intelectual en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Acta colombiana de psicología*, 11(1), 127-134.

Badallo Carbajosa, A. (2011). *Modelo Jara: una estrategia para la lucha contra el estigma asociado al trastorno mental severo y persistente desde los recursos de Rehabilitación Psicosocial* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Badallo Carbajosa, A., Ballesteros Pérez, F., Bertina, A., Cerezo Quintana, Y. y Magro Sánchez, M. B. (2018). La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana. *Clínica Contemporánea*. Recuperado de <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/20180302092518101000>

Bautista De los Santos, M. N. (2017). *Estigma negativo y enfermedad mental: impacto en personas con esquizofrenia y su entorno*. Montevideo: Instituto de Psicología Clínica

Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., de Tojeiro-Roce, J. G., García-Polavieja, B & Gil-Sanz, D. (2016). Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.

Bobes J & González M. (2000) Calidad de vida en la esquizofrenia. *En Calidad de vida en los trastornos mentales*. Katsching H, Freeman H, Sartorius N, eds. Masson, Barcelona, España; pp 3-15.

Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S., Lecomte, T., Perroud, N. y Huguelet, P. (2009). Increasing self-esteem: efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European Psychiatry*, 24, 307-316.

Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & GAMIAN-Europe Study Group. (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., 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.

Cabanyes, J. (2010). *La salud mental y sus cuidados*. Pamplona: EUNSA Ediciones Universidad de Navarra.

Calderón J. (2015) *Bienestar psicológico en adultos jóvenes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú

Capar, M., & Kavak, F. (2018). Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspectives in psychiatric care*.

Caravedo Velaochaga (2015) *Concepciones de enfermedad mental en familiares de pacientes psiquiátricas hospitalizadas*.

Castillo-Martell, H. (2016). Impacto de la Esquizofrenia en la Calidad de Vida y Desarrollo Humano de Pacientes y Familias de una Institución de Atención en Salud Mental de la Ciudad de Lima. *Revista Anales de Salud Mental*. Recuperado de:

<http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/viewFile/1/1>

Castro, G., & Vanessa, M. (2011). *Bienestar psicológico en un grupo de mujeres privadas de su libertad que realizan ejercicio físico* (tesis de bachiller). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.6

Crowe, A., Mullen, P. R., & Littlewood, K. (2018). Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Health Outcomes in Integrated Care. *Journal of Counseling & Development, 96*(3), 267-277.

Cubas, M. (2003) Bienestar Subjetivo, Bienestar Psicológico y Rendimiento Académico en Estudiantes Universitarios (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Lima, Lima.

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema, 18*(3), 572-577.

Díaz-Mandado, O., Nieto-Moreno, M., Montorio, I., & Periañez, J. A. (2015). Predictores de recuperación subjetiva en la esquizofrenia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 20*(2), 101-114.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies, 9*, 1–11.

Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. E. (2009). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction. En C. Snyder y S. Lopez (Eds.), *Oxford Handbook of Positive Psychology* (pp. 187-194). New York: Oxford University Press.

Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. y Oishi, S. (2009). New Measures of Well-Being. En Diener, E. (Eds) *Assessing Well-Being: The Collected Works of Ed Diener*. Social Indicators Research Series, 39, 247-266. Holanda: Springer Netherlands. doi: 10.1007/978-90-481-2354-4_12

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., y Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing, positive, and negative feelings. *Social Indicators Research, 97*(2), 143-156.

Recuperado de :
https://www.researchgate.net/profile/Robert_BiswasDiener/publication/225615700_New_WellBeing_Measures_Short_Scales_to_Assess_Flourishing_and_Positive_and_Negative_Feelings/links/53ece5ce0cf23733e804d9ea/New-Well-Being

[Measures-Short-Scales-to-Assess-Flourishing-and-Positive-and-Negative-Feelings.pdf](#)

Espinosa, A., & Pancorbo, G. (2009). Exclusión y conflicto social en el Perú: Una aproximación desde la Psicología Social. *Punto Medio*, 2, 39-47.

Essalud (2018). Essalud Almenara alerta que esquizofrenia es causa frecuente de consulta médica. Lima. *Essalud*. Recuperado de: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-almenara-alerta-que-esquizofrenia-es-causa-frecuente-de-consulta-medica/>

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.

Fadipe, B., Adebowale, T. O., Ogunwale, A., Fadipe, Y. O., Ojeyinka, A. H. A., & Olagunju, A. T. (2018). Internalized stigma in schizophrenia: a cross-sectional study of prevalence and predictors. *International Journal of Culture and Mental Health*, 1-12.

Fulginiti, A., & Brekke, J. S. (2015). Escape from discrepancy: Self-esteem and quality of life as predictors of current suicidal ideation among individuals with schizophrenia. *Community mental health journal*, 51(6), 654-662.

Fung, K. M., Tsang, H. W., & Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric rehabilitation journal*, 32(2), 95.

García Benedicto, M. (2017). Estigma y enfermedad mental. Un caso real.

Garrido, A. y Álvaro, J. L. (2007). *Psicología social: perspectivas psicológicas e sociológicas* (2ª Ed). Madrid, España: McGraw-Hill

Goffman, E. (1989). *Estigma: la identidad deteriorada* (4ª Ed.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu

Gofman, E. (2006). *Estigma: Identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu

González, G. A. C., Villalobos, A. C. R., Forero, D. A., Sánchez, A. C., y Cardozo, C. L. N. (2013). Influencia familiar en el hábito del sueño en una muestra de estudiantes universitarios sanos en Bogotá, Colombia–2012. *Revista Cuidarte*, 4(1).

González Higuera, F., & López-Luengo, B. (2016). Autoestima, funcionamiento cognitivo y percepción de déficit cognitivo en esquizofrenia. Aplicación del programa “Mind Trainin”. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24(2)

Guardia, J. (2010). *Ansiedad y afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia* (Doctoral dissertation, Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú).

Harvey, P. D., & Keefe, R. S. (1997). Cognitive impairment in schizophrenia and implications of atypical neuroleptic treatment. *CNS spectrums*, 2(8), 41-55.

Hasan, A. A. H., & Musleh, M. (2018). Self-stigma by people diagnosed with schizophrenia, depression and anxiety: Cross-sectional survey design. *Perspectives in psychiatric care*, 54(2), 142-148.

Heinrichs, R. W., & Zakzanis, K. K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 12(3), 426.

Hidalgo, L. (2013). Sobrecarga y Afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia. *Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Lima, Perú*.

Izydorczyk, B., Sitnik-Warchulska, K., Kühn-Dymecka, A., & Lizińczyk, S. (2019). Resilience, Sense of Coherence, and Coping with Stress as Predictors of Psychological Well-Being in the Course of Schizophrenia. The Study Design. *International journal of environmental research and public health*, 16(7), 1266.

Kaplan, H. y Sandock, B. (1995). *Sinopsis de Psiquiatría. (8 ed.)*. New York. Editorial Panamericana.

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.

Kao, Y. C., & Liu, Y. P. (2011). Suicidal behavior and insight into illness among patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Quarterly*, 82, 207–220.

Kar, S. K., & Jain, M. (2016). Current understandings about cognition and the neurobiological correlates in schizophrenia. *Journal of neurosciences in rural practice*, 7(3), 412.

Krieger, N. (2007). Why epidemiologists cannot afford to ignore poverty. *Epidemiology*, 18, 658-663. poverty. *Epidemiology*, 18, 658-663.

La Barbera, M. C. (2017). Interseccionalidad= Intersectionality. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, (12), 191-198.

Lien, Y. J., Chang, H. A., Kao, Y. C., Tzeng, N. S., Yeh, C. B., & Loh, C. H. (2017). Self-Stigma Mediates the Impact of Insight on Current Suicide Ideation in Suicide Attempters with Schizophrenia: Results of a Moderated Mediation Approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.

Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric services*, 52(12), 1621-1626.

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71(12), 2150-2161.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T.A., y Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372, 1661-9.

Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchezo, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58. Recuperado de <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.007>

Martínez, M. (2014). Concepto de recuperación funcional. *Roca M. Manual de recuperación funcional en la esquizofrenia*. Madrid: Ed. Entheos.

Mosanya, T. J., Adelufosi, A. O., Adebowale, O. T., Ogunwale, A., & Adebayo, O. K. (2014). Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 377-386.

Morales, J. F. (2003). El estudio de la exclusión social en la Psicología Social. En J. F.

Morales, J. F., Moya, M. C., Gaviria, E. y Cuadrado, I. (Eds.). (2009). *Psicología Social* (3ª ed.). Madrid, España: MC Graw Hill. Morales & C. Huici (Eds.), *Estudios de Psicología Social* (pp. 508-538). Madrid: UNED

Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Karow, A. y Lincoln, T. M. (2010). Course and determinants of self-esteem in people diagnosed with schizophrenia during psychiatric treatment. *Psychosis*, 2, 144-153.

Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M. y Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid, España: Editorial Complutense.

Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos, E. (2011). *Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental*. En Departamento de personalidad, Evaluación y tratamiento psicológico: Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. Sevilla; pag 41-51

National Institute of Mental Health (2015) Esquizofrenia. Recuperado de: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/esquizofrenia.pdf5>

Navarro, D. y Carrasco, O. (2009). The relationship between psychotic symptoms, negative emotions and course of the illness in schizophrenia. *Clínica y Salud*, 20, 197-204.

Novak, L., & Svab, V. (2009). Antipsychotics side effects influence on stigma of mental illness: Focus Group Study. *Psychiatria Danubina*, 21(1), 99-102.

Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R. & Autonell, J. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 31(3), 477-489.

Omorí, Y., Mori, C., & White, A. H. (2014, October). Self-Stigma in Schizophrenia: A Concept Analysis. In *Nursing forum* (Vol. 49, No. 4, pp. 259-266).

Organización mundial de la Salud, A. M. (2012). Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país: informe de la Secretaría.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). Trastornos mentales. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018) Esquizofrenia. Datos y cifras. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Organización mundial de la Salud [OMS] (2018). Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Padurariu, M., Ciobica, A., Persson, C., & Stefanescu, C. (2011). Self-stigma in psychiatry: ethical and bio-psycho-social perspectives. *Revista Romana de Bioetica*, 9(1).

Pardeller, S., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Meola, A., Wartelsteiner, F., Fleischhacker, W., & Hofer, A. (2018). S242. Internalized Stigma and its association with clinical symptoms and premorbid adjustment in stable schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 44(Suppl 1), S421.

Parker, R. (2012). Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cad. Saúde Pública*, 28(1), 164- 169.

Peralta V, Cuesta M, Zarzuela A.(2000) Neuropsicología y Esquizofrenia. *An Sist Sanit Navar* 23 (Supl 1): 51-62.

Pinkham, A. E. (2014). Social cognition in schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 75, 14-19.

Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.aed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>

Ramírez, J.; Hernández, B. & Dorian, M. (2009). Mexican American caregivers' coping efficacy. *Social Psychiatry y Psychiatric Epidemiology*, 44: 162-170

Rivera, M., & Miluska, C. (2015). *Estigma experimentado en personas diagnosticadas con esquizofrenia internadas en un hospital psiquiátrico*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Rejas, M. (2011). *Familia y esquizofrenia: 24 horas al día, 365 días al año*. Asociación para la salud integral del enfermo mental. Recuperado de: <http://www.asiem.org/almacen/Documentacion/archivos/4/Familia%20y%20Esquizofrenia.pdf>

Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31-49.

Roca, M. (2016). ¿Es posible la recuperación funcional en la esquizofrenia?: un análisis cuali-cuantitativo de la opinión de los psiquiatras. *Actas Esp Psiquiatr*, 44(3), 97-106.

Ryan, R. & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research and Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

Ryff, C. (1989). Happiness is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081

Ryff, C., Lee, Y. H., Essex, M. J., y Schutte, P. S. (1994). My children and me: Midlife evaluations of grown children and of self. *Psychology and Aging*, 9(2), 195-205.

Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.

Saykin, A. J., Gur, R. C., Gur, R. E., Mozley, P. D., Mozley, L. H., Resnick, S. M. & Stafiniak, P. (1991). Neuropsychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning. *Archives of general psychiatry*, 48(7), 618-624.

Sigaudo, M., Crivelli, B., Castagna, F., Giugiaro, M., Mingrone, C., Montemagni, C. & Rocca, P. (2014). Quality of life in stable schizophrenia: the relative contributions of disorganization and cognitive dysfunction. *Schizophrenia research*, 153(1-3), 196-203. schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin*; 26:193-200

Silva, M. A., & Restrepo, D. (2019). Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Revista Colombia*

Sheikh, T. L., Adekeye, O., Olisah, V. O., & Mohammed, A. (2015). Stigmatisation of mental illness among employees of a Northern Nigerian University. *Nigerian medical journal: journal of the Nigeria Medical Association*, 56(4), 244.

Subašić, E., Reynolds, K. J., & Turner, J. C. (2008). The political solidarity model of social change: Dynamics of self-categorization in intergroup power relations. *Personality and Social Psychology Review*, 12(4), 330-352.

Sugawara, H., & Mori, C. (2018). The self-concept of person with chronic schizophrenia in Japan. *Neuropsychopharmacology reports*, 38(3), 124-132. *na de Psiquiatría*, 48(4), 252-260.

Tapia, F. M., Castro, W. L., Poblete, C. M., & Soza, C. M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Andrews, B. y Gregg, L. (2004). Risk of non-fatal suicide ideation and behaviour in recent onset schizophrenia: the influence of clinical, social, self-esteem and demographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 927-937.

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.

Valdebenito, M., Valdebenito, M., & Cavieres, A. (2008). Auto evaluación de personas enfermas de esquizofrenia empleando el Cuestionario Sevilla Calidad de Vida. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46(4), 255-262.

Vracotas, N., Iyer, S., Joobar, R. y Malla, A. (2012). The role of self-esteem for outcome in first-episode psychosis. *International Journal of Social Psychiatry*, 58, 41-46.

Wesselmann, E. D., Grzybowski, M. R., Steakley-Freeman, D. M., DeSouza, E. R., Nezlek, J. B., & Williams, K. D. (2016). Social exclusion in everyday life. In *Social exclusion* (pp. 3-23). Springer, Cham.

Wilton, R. (2004). Putting policy into practice? Poverty and people with serious mental illness. *Social Science & Medicine*, 58, 25-39.

Zäske, H., Linden, M., Degner, D., Jockers-Scherübl, M., Klingberg, S., Klosterkötter, J., & Gaebel, W. (2018). Stigma experiences and perceived stigma in patients with first-episode schizophrenia in the course of 1 year after their first in-patient treatment. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 1-10.



ANEXOS:

Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo es conducido por Yesenia Maldonado Meza, estudiante del 10º ciclo de la carrera de Psicología en la Pontificia Universidad Católica del Perú, como parte del curso de seminario de tesis 2. El objetivo de este trabajo es indagar la relación entre un tipo de autopercepción y las dimensiones del bienestar psicológico en personas que presenten el diagnóstico de esquizofrenia.

Su participación de hoy consistirá en responder dos encuestas que le puede tomar entre 20 a 30 minutos de su tiempo. Recalco que su colaboración es voluntaria y aseguro que la información recolectada será estrictamente confidencial, así mismo no se utilizará los datos para ningún otro propósito que no esté contemplado en este trabajo. En ambas encuestas no se le pedirá colocar su nombre debido a que se resguardará todos los datos que puedan hacerle identificable. Al finalizar este trabajo usted podrá acceder a la información general o solicitarla.

Si tuviera alguna duda en el desarrollo de la evaluación, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Si desea retirarse en cualquier momento de la evaluación, puede hacerlo sin que esto represente algún perjuicio para usted. De la misma manera si se siente incómodo con alguna de las preguntas puede ponerlo en conocimiento.

Cualquier duda u observación adicional sobre su participación puede comunicarse con la asesora responsable del proceso: Dora Herrera (diherrera@pucp.pe)

Muchas gracias por su participación

Doy mi consentimiento para participar en la investigación y soy consciente de que mi colaboración es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el trabajo mencionado y sé que tengo la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir los resultados del mismo cuando éste haya concluido. Para esto puedo comunicarme con la asesora del curso Dra. Dora Herrera (diherrera@pucp.pe)

Nombre completo del (de la) participante
Fecha

Firma

Nombre del Investigador responsable
Fecha

Firma

ANEXO B

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

Buenos días, deseamos solicitar su apoyo para realizar un estudio en el hospital Víctor Larco Herrera trabajo de investigación. Le agradeceríamos que nos ayude brindando información acerca de algunos datos generales. Por favor, marque con una "X" o escriba donde corresponda.

1.- Edad _____

2.- Sexo: Hombre () Mujer ()

3.- ¿Fue Ud. a alguna institución educativa Si () No ()

¿Cuál es el último año de estudios en el que participó?

4.- ¿En qué nivel socioeconómico se ubicaría usted?

Bajo () Medio () Alto () Otro (especificar) _____

5.- ¿Desde cuándo usted está internado en el Hospital Víctor Larco Herrera?

6.- ¿Ha sido usted diagnosticado en el Hospital Víctor Larco Herrera?

Si () No ()

7.- ¿Qué diagnóstico le presentaron?

8.- ¿Recuerda la fecha?

9.- ¿Ha sido usted internado más de una vez en un hospital psiquiátrico?

Si () no ()

¿En qué instituciones?

10.- ¿Cuántas veces? _____

¿Durante cuánto tiempo? _____

11.- ¿Luego de su internamiento qué actividades ha realizado?

12.- ¿Tuvo algún problema o dificultad para realizar estas actividades?

13.- Actualmente sigue algún tratamiento o toma alguna medicación? Si () No ()

ANEXO C

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO:

AUTOACEPTACIÓN

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,744	4

Estadísticas total- elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item_1	13,11	21,358	0,434	0,740
Item_7	11,51	18,255	0,524	
Ítem 17/19	11,49	20,081	0,545	
Ítem 24/31	12,15	17,999	0,665	

RELACIONES POSITIVAS

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,604	2

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítems_8	3,0851	4,427	0,433	
22/26	2,7660	4,401	0,433	

AUTONOMIA*Estadísticas de fiabilidad*

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,594	2

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Inv_Bienestar_4	3,3617	3,236	0,427	
23/27	3,3404	4,403	0,427	

DOMINIO DEL ENTORNO*Estadísticas de fiabilidad*

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,583	2

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
28/38	5,40	2,029	0,412	
29/39	5,28	1,857	0,412	

CRECIMIENTO PERSONAL*Estadísticas de fiabilidad*

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,430	2

Estadísticas total-elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 27/37	5,28	1,857	0,299	
Ítem 28/38	4,15	4,347	0,299	

PROPÓSITO DE VIDA*Estadísticas de fiabilidad*

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,694	4

Estadísticas total-elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 11/12	9,98	20,326	0,444	0,651
Ítem 15/17	11,38	19,720	0,397	0,690
Ítem 16/18	11,38	19,850	0,555	0,584
Ítem 20/23	10,15	20,521	0,541	0,595

Anexo D**ESCALA ESTIGMA INTERNALIZADO DE ENFERMEDADES MENTALES:****ALIENACIÓN*****Estadísticas de fiabilidad***

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,667	3

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem_1	5,34	5,273	0,398	0,675
Ítem_5	5,66	4,751	0,464	0,593
Ítem_8	5,60	4,507	0,585	0,430

ESTEREOTIPO***Estadísticas de fiabilidad***

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,420	4

Estadísticas total –elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem_2	6,57	4,554	0,246	0,359
Ítem_10	6,85	3,956	0,255	0,330
Ítem_18	8,38	3,198	0,219	0,387
Ítem_23	8,77	3,661	0,248	0,334

AISLAMIENTO***Estadísticas de fiabilidad***

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,747	6

Estadísticas total-elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem_4	13,77	10,661	0,695	0,645
Ítem_9	14,06	11,539	0,482	0,716
Ítem_11	13,51	13,081	0,361	0,746
Item_12	13,83	12,405	0,641	0,677
Ítem_13	14,00	12,304	0,452	0,721
Ítem_20	15,51	14,690	0,340	0,746

DISCRIMINACION***Estadísticas de fiabilidad***

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,518	2

Estadísticas total-elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem_3	3,06	1,452	0,350	

Ítem_15	3,15	1,477	0,350
---------	------	-------	-------

RESISTENCIA

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach a	N de elementos
-0,185	5

Estadísticas total- elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlaci ón total de elementos corregida	Alfa de Cronbac h si el elemento se ha suprimid o
Ítem_3	3,06	1,452	0,350	
Ítem_15	3,15	1,477	0,350	

ANEXO E

Totalmente en desacuerdo
Algo en desacuerdo
Algo de acuerdo
Totalmente de acuerdo



