

Enfermería



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Trabajo de grado

**EL ESTIGMA INTERNALIZADO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON
TRASTORNO MENTAL SEVERO (TMS) RESIDENTES DE SALUDARTE 2019**

**Jennifer Revelo Fonseca
Wendy Johana Torres Cubillos
Holman Nicolay Torres Osorio**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ, D.C.
2018**

**EL ESTIGMA INTERNALIZADO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON
TRASTORNO MENTAL SEVERO (TMS) RESIDENTES DE SALUDARTE 2019**

**Jennifer Revelo Fonseca
Wendy Johana Torres Cubillos
Holman Nicolay Torres Osorio**

Trabajo de grado para optar al título de Enfermera(o).

**Asesor:
Maritza Barroso Niño
*Línea Salud Mental y Cuidado Social-macroproyecto de Participación
Comunitaria***

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
BOGOTA, D.C.
2018**

Nota de aceptación.

Presidente del Jurado.

Jurado.

Ciudad y fecha (día, mes y año). (Fecha de entrega).

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Ana Cecilia Becerra Pabón por su apoyo y paciencia en la construcción del presente documento, por su entusiasmo, sabiduría, y dedicación con todos sus estudiantes.

A la Docente Maritza Barroso, por acogernos en su semillero y permitirnos realizar este trabajo basados en su investigación.

- Jennifer Revelo Fonseca

Wendy Johanna Torres Cubillos

Holman Nicolay Torres Osorio.

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Dra. ANA MARÍA PIÑEROS RICARDO

Rectora FUJNC

Dr. LUIS GABRIEL PIÑEROS

Vicerrector Académico, FUJNC.

Dr. JUAN DAVID PIÑEROS

Vicerrector Administrativo, FUJNC.

Dr. FERNANDO NOGUERA

Secretario general, FUJNC

Dra. MARÍA ANTONINA ROMÁN OCHOA

Decana Escuela de Enfermería FUJNC

Dra. ANA CECILIA BECERRA PABÓN

Coordinadora de Investigaciones, Escuela de Enfermería FUJNC

Dra. FABIOLA JOYA RODRIGUEZ

Jefe Gestión Académica, Escuela de Enfermería FUJNC

1.1 Antecedentes.

El estigma hace referencia a las actitudes y creencias que conducen a las personas a rechazar, evitar y temer a aquellos a quienes perciben como diferentes. (1) Hace referencia también a atributos desacreditadores que permiten colocar a sus portadores en una categoría social. Éste a su vez influye en la interacción social de la persona estigmatizada; las otras personas se comportan con la persona estigmatizada con base en un conjunto de prejuicios y estereotipos. Al mismo tiempo el estigmatizado percibirá este comportamiento diferente debiendo presentar diversas estrategias que le permitan sobrevivir en este medio. (2)

Erwin Goffman, en su clásica publicación *Estigma: la identidad deteriorada*, define el fenómeno del estigma como los atributos de un individuo que le generan profundo descrédito y desvalorización social. Según el autor, los procesos de estigmatización emergen desde la discrepancia entre una "identidad social infringida y virtual" haciendo referencia a las características que debe tener una persona según la sociedad actual, y así mismo unas características similares a la población en general(3)

El trastorno mental severo comprende una amplia variedad de afecciones que alteran el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento. Según la OMS existen una gran variedad, dentro de las que se encuentran la depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia y otras psicosis, demencia, trastornos del desarrollo. (4) Históricamente los pacientes que sufren estas enfermedades han sido estigmatizados por la sociedad debido a la falta de conocimientos y literatura disponible para entender éste como un fenómeno social.

Para realizar la revisión de la literatura con respecto al tema se utilizaron palabras clave como: Estigma, trastorno mental, salud mental, estigma interiorizado y aislamiento social y se clasificó de acuerdo al sitio donde se realizó la investigación.

Europa

De acuerdo con Badallo A, García S, Yélamos (2) en el año 2013, se realizó una investigación cuyo objetivo era: conocer la situación de estigmatización en el entorno de los recursos de rehabilitación psicosocial. Se desarrolló mediante una investigación descriptiva exploratorio a personas con enfermedad mental grave y duradera. Este estudio concluyó que las principales conductas discriminatorias que se desarrollan en el municipio de Coveñas (España) están relacionadas con la tolerancia fría y el

paternalismo. La estigmatización detectada está más relacionada con el desconocimiento respecto al centro que respecto a la enfermedad mental.

En la quinta edición del premio José Luis Muruzábal a proyectos innovadores en el ámbito socio laboral o socio educativo, en personas con enfermedad mental, el proyecto galardonado ha sido el *Programa de Entrenamiento en Cognición Social para Personas con Trastorno Mental Grave*, presentado por Míriam Vázquez Campo, Yolanda Maroño Souto y Alejandro Alberto García Caballero. Dicho estudio aborda aspectos necesarios en la mejora de los procesos de rehabilitación de la cognición social para personas con TMS. El cual demuestra ser una herramienta innovadora y eficaz en la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedades mentales constituyendo un instrumento accesible y efectivo a nivel clínico. (5)

De otro lado se encontró que Raúl Naranjo-Valentín, Fernando Cobo-Martínez Carlos Rebolleda-Gil, Eduardo González-Fraile y Grupo CRL-LRHP en su artículo “**Los Centros de Rehabilitación Laboral y el Trastorno Mental Grave: la Experiencia y el Seguimiento de los Usuarios en la Comunidad de Madrid**” exponen una excelente manera de reducir el estigma hacia los pacientes con TMS, consideran la posibilidad de vincularlos al rol laboral, para ello se desarrolló un estudio de casos y controles donde se identifica qué aspectos cambian en la sociedad y en el paciente diagnosticado luego de desempeñarse como cualquier otro empleado. Esta investigación se desarrolló en Madrid - España donde según el estudio el rechazo a personas con TMS es de mayor índice que en el resto de países europeos. (6)

Latinoamérica

De acuerdo con Souza, Machorro M y Cruz L, en México, en el año 2008, se realizó una revisión de tema sobre TMS, se afirma que para reducir el estigma se debe aglutinar en dos teorías: La de Re categorización caracterizada por el moviendo de “ellos a nosotros”

y la de Atribución, unificación de las explicaciones que una persona hace acerca de la conducta de otro individuo, a lo cual concluye que: La rehabilitación psicosocial buscada es en su calidad de proceso, el que: permite a las personas que sufren, deterioro, discapacidad o mutilación derivadas de TM, alcanzar un nivel óptimo de funcionamiento independiente; mejoría de su competencia; promoción de cambios en su entorno para mejorar su calidad de vida(7)

Colombia

De acuerdo con Escobar J, Molina S y Restrepo D en el año 2017, se realizó un estudio cuyo objetivo es disminuir la brecha para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales, especialmente la esquizofrenia, mediante un estudio descriptivo retrospectivo, analizando variables sociodemográficas, clínicas y legales de 127 pacientes observados. Se concluyó que es necesario disminuir la brecha entre el diagnóstico y tratamiento con el fin de prevenir la violencia y las conductas criminales asociadas a enfermedad mental. (8)

En Colombia, en el primer estudio nacional de salud mental, realizado en 1993, con una muestra de 25,135 personas entre 12 y 64 años, encontraron una prevalencia de posible trastorno mental del 10,2%, el segundo estudio en 1997, realizado en una población mayor de 12 años, documentó una prevalencia a lo largo de la vida del 30,1%. En el marco de la Encuesta Mundial de Salud Mental de 2003, informaron para Colombia una prevalencia para cualquier trastorno mental del CIDI-DSM-IV del 40,1% en el curso de la vida, del 16,0% en los últimos 12 meses y del 7,4% en los últimos 30 días del año 2008.(28)

1.2. Pregunta De Investigación.

¿Cuál es el nivel de estigma internalizado en una población de pacientes con trastorno mental severo en SALUDARTE durante enero-junio de 2019

1.3 Justificación

El estigma social hacia las personas con una enfermedad mental ha sido ampliamente reportado, siendo uno de los colectivos que experimentan más estigma y más rechazo social (9). La Declaración Universal de los Derechos Humanos ha desarrollado indicadores que ponen en evidencia la estigmatización de la que son víctimas las personas en condición de discapacidad psicosocial (4). Las tres primeras causas de mortalidad a nivel mundial, tienen que ver con la internalización del estigma en pacientes que padecen de TMS grave y recurrente; una de las principales causas de muerte de estos pacientes, tiene que ver con el estigma que reciben por parte de la sociedad. La Asociación Americana de psiquiatría (APA) asegura que el 85% de la población general ignora lo que es el TMS; esto produce el estigma, que conduce a un comportamiento errático, excluyente e irresponsable, de manera que: A. Ven las afecciones de Salud Mental como si fueran una sola, sin diferenciarlas y a todos les llaman despectivamente “locos”. B. Tampoco diferencian la severidad, por ello ven un problema o un trastorno mental igual, sin tener en cuenta la intensidad y extensión de los síntomas (9) lo cual puede generar afectaciones mortales en pacientes diagnosticados con TMS pudiendo recurrir al suicidio como medio de “salida”. Se ha encontrado que las personas que

padecen de TMS, son mayormente estigmatizadas que aquellas que padecen de VIH o enfermedades contagiosas(1).

El estigma social de igual manera que el estigma internalizado tiene componentes emocionales, cognitivos y conductuales, en el aspecto cognitivo la persona se percibe de forma negativa como peligrosa o incompetente, en cuanto a lo emocional aparecen sentimientos de culpa, vergüenza o desconfianza derivados en gran medida por la discriminación que reciben las personas con TMS (Tabla 1.; Corrigan y Watson, 2002b)(10) el 50 % de la población adulta diagnosticada tardó mucho en pedir atención especializada debido a la no aceptación de su diagnóstico o condición, de allí la importancia de trabajar en pro de esta población, e identificar cual es el nivel de autoestima y así generar una afrontación de la situación, ya que es bien sabido que la detección temprana y la atención oportuna de cualquier problema de salud mejora el pronóstico y la severidad de sus síntomas.

Tabla 1. Componentes cognitivos, emocionales y conductuales del estigma

Componentes	Estigma social	Estigma internalizado
Estereotipo	Creencias negativas sobre un grupo (peligrosidad, incompetencia)	Creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia)
Prejuicio	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (miedo, pena)	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (desesperanza, vergüenza)
Discriminación	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a ayudar)	Comportamiento en respuesta al prejuicio (aislamiento, rechazo a buscar ayuda)

Tomado de: Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002b). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>.

El estigma internalizado responde a la aprobación de los estereotipos sobre los trastornos mentales, las personas con trastorno esquizofrénico son consideradas por la sociedad como más peligrosas, con menor probabilidad de recuperación y poco

predecibles generando sobre estas personas un mayor impacto en su recuperación clínica y en su vida en general pues se les imposibilita la oportunidad de obtener un empleo, un alquiler de apartamento e incluso la posibilidad de tener una pareja estable (11)

Los problemas de salud mental son más comunes y menos persistentes en el tiempo; en algún momento de nuestra vida experimentamos sentimientos de tristeza, ansiedad, insomnio u otros síntomas que pueden generarnos malestar y algunos inconvenientes, pero que no llegan a provocar un deterioro significativo en nuestra vida social, laboral o en otras áreas importantes de nuestra actividad cotidiana. Por tanto, no se comprende la importancia de la atención oportuna, de los problemas mentales.

Por otro lado, la importancia de adaptar escalas de valoración en nuestro país es fundamental ya que actualmente no se cuenta con este tipo de herramientas lo que favorece el crecimiento y fortalecimiento del estigma social hacia las personas que padecen de trastorno mental severo

1.4 Objetivos:

1.3.1 Objetivo General

Determinar el nivel de estigma internalizado en una población de pacientes con TMS residentes en la Asociación SALUDARTE, durante el periodo enero-junio de 2019.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la población con TMS residentes en SALUDARTE.

- Medir el estigma internalizados que tienen las personas que padecen Trastorno Mental Severo (TMS).

2. Marco Teórico

Alienación

Hegel designa como alienación el extrañamiento o distanciamiento del sujeto en relación consigo mismo. (12) <http://www.filosofia.org/enc/ros/alienaci.htm>

Para la Psicología, la alienación es un estado mental que se caracteriza por la pérdida del sentimiento de la propia identidad. Es decir, la alienación supone la pérdida de la autoconsciencia, de la capacidad del individuo para reconocerse a sí mismo en el mundo.

Marx define la alienación o enajenación como la circunstancia en la que vive toda persona que no es dueña de sí misma, ni es la responsable última de sus acciones y pensamientos (13)

Aislamiento Social: Se denomina así al rechazo con otras personas. Se puede presentar en las esquizofrenias formando parte de los síntomas negativos, en las depresiones y en el trastorno de la personalidad esquizotípico.

Trastorno mental severo (TMS)

Existen diversas formas de definir el trastorno mental severo. En la Guía De Práctica Clínica De Intervenciones Psicosociales En El Trastorno Mental grave (GPC) se ha utilizado la de mayor consenso en la bibliografía (12,13), que contempla tres

dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada.

Entre los criterios diagnósticos, la persona debe tener al menos uno de los siguientes diagnósticos:

- ✓ Trastornos esquizofrénicos
- ✓ Trastorno esquizotípico
- ✓ Trastornos delirantes persistentes
- ✓ Trastornos delirantes inducidos
- ✓ Trastornos esquizoafectivos
- ✓ Otros trastornos psicóticos no orgánicos
- ✓ Trastorno bipolar
- ✓ Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- ✓ Trastornos depresivos graves recurrentes
- ✓ Trastorno obsesivo compulsivo

Los humanos comparten muchos aspectos del mundo social con los primates, sus comunidades, su capacidad de comunicarse mediante un sistema de símbolos que les permite interpretar las emociones, los pensamientos, los sucesos y las creencias, el intercambio de experiencias hace posible dentro de una comunidad la creación de una cultura a partir de la mente de cada individuo que conforma determinado grupo poblacional (8).

Riviere (14) habla de la teoría de la mente como “un sistema subsistema cognitivo que se compone de un soporte conceptual y unos mecanismos de inferencia y que cumple en el hombre la función de manejar, predecir e interpretar la conducta. German A(15), expone en su trabajo que la esquizofrenia significa (mente escindida) pues el sujeto está

en un mundo diferente al nuestro, vive acorde de lo que experimenta, esas experimentaciones son variables.

Este concepto ha tenido diferentes cambios a lo largo del tiempo, partiendo del siglo XIX aparece en Alemania la psiquiatría moderna con figuras como Kraepelin y Bleuler, hasta este punto la enfermedad mental se reconocía como castigos divinos y entes demoníacos, estas personas alejaron del término de esas creencias ya mencionadas. Morel acuñó el término de demencia precoz para referirse a un trastorno en el que sus síntomas tienen que ver con un deterioro en su vida social en la adolescencia y cursan con alteraciones de la realidad. Kraepelin hace en 1908 una descripción de este término como inicio temprano del deterioro y ausencia de psicosis maníaco depresiva, en esta demencia precoz existen tres grupos: paranoide, catatónica y hebefrénica; y esta división sirvió como precursora de la clasificación de los diversos tipos de esquizofrenia que hay. Bleuler en 1911 acuña el término esquizofrenia pues esquizofrenia precoz era inexacto (14).

Para el DSM I (Manual de diagnóstico y estadísticas de desórdenes mentales) las reacciones esquizofrénicas se clasifican en simple, tipo hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizoafectivo, tipo infantil y tipo residual (14).

El DSM IV define la esquizofrenia como “trastorno psicótico que presenta al menos dos de estas características: Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia). Dichas características mencionadas anteriormente deben imposibilitar la vida cotidiana de la persona sin embargo no se considera esquizofrenia si estos síntomas se presentan a causa del consumo de sustancias psicoactivas o enfermedad médica asociada.

La esquizofrenia paranoide se caracteriza por presentar ideas delirantes y alucinaciones sobre todo auditivas, los delirios y las alucinaciones a veces constituyen una unidad, no presenta lenguaje desorganizado ni comportamiento catatónico o desorganizado ni afectividad aplanada o inapropiada (14).

Hablando del tratamiento, la enfermedad no afecta de igual forma en todos los sujetos pues esta depende de su estilo de vida, su cognición, el brote específico y la forma en cómo se lleva el tratamiento, pues no hay enfermedades sino enfermos. Se debe evaluar la forma en cómo se diagnostica la enfermedad, se puede actuar en el delirio para evitar que adopte conductas que pongan en peligro su integridad o la de los demás, por otro lado, siendo la esquizofrenia no homogénea cada tipo de esta requiere un tipo de atención u otro, siguiendo la clasificación tipo 1 o 2, la primera es más fácil de tratar pues bastará con antipsicóticos, la tipo 2 es más compleja pues sus síntomas se confunden con los síntomas de otras patologías.

La esquizofrenia más fácil de abordar es la esquizofrenia paranoide pues es la que presenta sintomatología más clara lo que facilita su abordaje. El entorno en el que habita esta persona es clave pues este debe ser favorable, de no ser así la persona debe trasladar su lugar de residencia a un centro que le permita llevar una vida digna y en el que se pueda abordar su personalidad desde la terapia psicológica de corte cognitivo - conceptual pues con la ayuda de terapeutas y gente allegada se puede lograr un ajuste a la vida cotidiana de la persona, (15) en Saludarte para las personas con TMS, entre las que incluyen las personas con esquizofrenia paranoide, “se maneja el Modelo de Rehabilitación de base comunitaria que cuenta con tres ejes transversales donde se miden los resultados y con tres diferentes formas de intervención”(16)

Estigma: Hace referencia a las actitudes y creencias que conducen a las personas a rechazar, evitar y temer a aquellos a quienes perciben como diferentes

Estigma internalizado

El estigma internalizado se refiere al estigma que siente cada persona. Livingston y Boyd lo definen como “un proceso subjetivo, imbuido en un contexto socio-cultural, que se caracteriza por sentimientos negativos (sobre sí mismo), comportamientos

desadaptativos, transformación de la identidad o aplicación de estereotipos resultantes de una experiencia individual, percepción o anticipación de reacciones sociales negativas derivadas de su enfermedad mental(17)

Los autores Muñoz, M., Sanz, M. y Pérez- Santos, E. analizan el concepto de “estigma internalizado” de las personas con enfermedad mental. La atención a las ideas y sentimientos que estas personas tiene sobre su situación se ha convertido en una línea de trabajo muy relevante para la ayuda psicológica. El estigma internalizado a diferencia del estructural y social, toca aspectos más subjetivos y propios de la persona. En este punto el trabajo de intervención psicológica se hace más necesario, ya que los otros estigmas requieren intervenciones más propiamente psicosociales y políticas, sin negar que las tres deben conjugarse para ofrecer una ayuda realmente integral a estas personas. Parece ser que el estigma internalizado tiene relación con variables como la esperanza, autoestima, empoderamiento, auto-eficacia, calidad de vida y variables sociales como apoyo social e integración social. (18)

El estigma internalizado es des acreditante para la sociedad e indigno para el individuo que lo padece, pues lo afecta a nivel físico y mental, generando a su vez múltiples consecuencias como se mencionó anteriormente, baja autoestima, depresión y debilitamiento en su red de apoyo, dificultando la adherencia terapéutica e incrementando así las complicaciones del cuadro psiquiátrico, por otro lado se disminuye la adaptación social del paciente. (19) Debido al estigma internalizado, el individuo no busca atención de manera oportuna, esconde su condición, no continúa con sus consultas de seguimiento, presenta pobre apego terapéutico e incrementa las complicaciones del cuadro psiquiátrico; y por lo tanto llega a disminuir la adaptación social del paciente. (20)

En la actualidad se mide el estigma a nivel social, mas no el internalizado, dejando de lado al individuo que lo padece, es por esto que se genera la necesidad de aplicar la Escala de autoestigma de la enfermedad "*Internalized Stigma of Mental Illness Scale*" (ISMI).(27) Consta de 29 ítems los cuales se dividen en 4 subescalas: alienación, asunción del estereotipo, experiencia de discriminación, aislamiento social, y resistencia al estigma; cada ítem se evalúa en una escala tipo Likert con 5 grados de respuesta que van de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). En los 4 primeros ítems, entre mayor puntaje mayor estigma. El ítem de resistencia al estigma se evaluó de forma inversa y a cada puntuación se le resta 5.

Estereotipo: Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable.

Discriminación: Es un acto de agresión, en el que se excluye a una persona de un grupo social, bien sea por sus características físicas, por que presente algún tipo de enfermedad o lesión notoria, o porque no cumple con lo establecidos dentro de la ética del grupo

2.3 Saludarte

Es una asociación Privada sin ánimo de lucro constituida en el año 2006 en la ciudad de Bogotá, enfocada en la rehabilitación psicosocial a través de metodologías que se apoyan en el arte, la ecología y el desarrollo humano, actualmente funciona como casa para personas con trastorno mental.

Utiliza un modelo de Rehabilitación de base comunitaria que cuenta con tres ejes transversales donde se fijan metas de logro o resultados, con tres diferentes formas de

intervención, 1. Autocuidado, 2. Convivencia, 3. Ocupación, con estos tres ejes saludarte busca dar una independencia a estos pacientes con diferentes diagnósticos de trastorno mental, haciendo que se genere un nivel de confianza en sí mismos y el estigma internalizado que poseen desaparezca, cada eje aporta un parte fundamental, desde el auto-cuidado se logra una presentación personal adecuada para la vida de comunidad, estilos de vida saludables, para prevenir enfermedades, manejo sanitario a espacios y prendas que permitan pertenecer a la comunidad, esta es una forma de establecer una relación consigo mismo y con el mundo, y cumple con los objetivos terapéuticos especialmente diseñados para rehabilitar las funciones mentales básicas.

El segundo eje de convivencia pretende enseñar al paciente a respetar acuerdos comunitarios sobre normas y límites construyendo así un ambiente de seguridad y confianza que, a manera de refugio, invita al paciente a relacionarse, Implica el diseño sistemático y controlado de dispositivos de encuentro con ánimo específico de rehabilitar competencias psicosociales, para tratar el aislamiento, síntoma responsable del deterioro cognitivo propio del trastorno.

El tercer eje que es el de la ocupación, Busca que una serie de actividades finamente programadas a nivel Sensorial, cognitivo y productivo de como resultado importantes logros de satisfacción entre los pacientes, que amplían los tiempos de tolerancia a una jornada de ocupación, el trabajo y sus resultados (a nivel sensorial, cognitivo y productivo) completan un circuito satisfacción- motivación, que estimula la autonomía.(16)

2.4 Calidad de vida

Inicialmente, el término calidad de vida se asoció con mejoras en los niveles de vida, sobre todo vinculados a la adquisición de bienes materiales. Actualmente se define como la “percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones

claves, con un énfasis particular en el bienestar del individuo”.

Este concepto involucra otros como salud, estado de salud y estado funcional, agrupando elementos tanto propios (físicos y mentales) como externos al individuo, que interactúan con él pudiendo modificar su estado de salud.

Así mismo se concibe la calidad de vida desde un concepto multidimensional que comprende un número de dominios, donde cada sujeto le asigna un nivel de importancia a cada uno de ellos. La calidad de vida relacionada con la salud se puede definir como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. (28)

2.5 Efectos de la enfermedad mental en la vida cotidiana

Cabe resaltar que una enfermedad mental afecta seriamente la calidad de vida de un individuo ya que afecta su capacidad de adaptación profesional, lo cual genera una reducción de la tasa de ocupación y conlleva a la internación hospitalaria recurrente y al incremento del riesgo de suicidio.

La enfermedad mental genera en el individuo una restricción en la participación social debido a la dificultad que presenta al momento de interactuar socialmente debido a toda la medicación suministrada, a nivel familiar se experimenta una preocupación y estrés generando un impacto negativo en la salud física, psíquica y económica. (28)

3. PROPUESTA METODOLÓGICA

Estudio observacional - descriptivo, de enfoque cuantitativo, ya que se determino el nivel de autoestima de las personas con esquizofrenia paranoide mediante la aplicación de la escala King conformada por 29 preguntas.

Población de Estudio: Pacientes residentes de la Fundación SALUDARTE, diagnosticados con la enfermedad: Trastorno Mental Severo (TMS) específicamente pacientes con Esquizofrenia paranoide.

Criterios de inclusión

- ✓ Personas residentes de la Fundación Saludarte, con una estancia en esta mayor de un año.
- ✓ Personas con diagnóstico de TMS (según definición del DSM - I) (19), con una cronicidad de al menos 2 años según historia clínica.
- ✓ Personas usuarias de Saludarte que aceptarán participar en el estudio a través de la firma de Consentimiento (Paciente), y Asentimiento Informado (Familiar o Responsable).

Criterios de Exclusión.

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, no fue posible usar los datos de las 10 personas entrevistadas sino solo de 8 personas ya que las 2 de ellas fue necesario excluirlas de la investigación por presentar síntomas refractarios, delirios y alucinaciones que impidieron un suficiente contacto con la realidad para sostener la entrevista.

Técnicas de muestreo:

Dado que la población objeto del estudio está limitada la capacidad instalada de la asociación Saludarte, se realizó un Muestreo No Probabilístico, seleccionado así, de acuerdo al criterio del equipo profesional tratante, los casos de pacientes de mayor utilidad para el estudio. (22)

Técnicas de recolección de los datos:

En aras de lograr desarrollar los objetivos específicos del estudio, se procedió a obtener los datos principales a través de las técnicas:

1. Encuesta de caracterización sociodemográfica de la Persona con alteración mental (de construcción de los autores).

2 Aplicación de la Escala de autoestigma de la enfermedad "*Internalized Stigma of Mental Illness Scale*" (ISMI), (**ver anexo**) la cual es un instrumento psicométrico de 29 ítems, que evalúan el estigma a la persona con TMS, a partir de una escala tipo Likert que fluctúa entre "muy de acuerdo" hasta "muy en desacuerdo", (puntuando de 1 a 4); en su totalidad este instrumento integra tres sub-escalas a saber: discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental*(23)

Técnicas de análisis de la información:

Se realizó análisis a partir de los datos estadísticos descriptivos, derivados de la sistematización de los datos en el Software Excel para Windows 10

3.4 Consideraciones Éticas.

Para esta investigación nos basamos en lo estipulado por la resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científica , técnicas y administrativas para la investigación en salud. Según los términos de esta resolución en su artículo 11, esta investigación estaría clasificada como investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios,

entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulara la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.

Se obtuvo un consentimiento informado que según lo reglamenta esta resolución en su artículo 16 dice que el Consentimiento Informado, del sujeto pasivo de la investigación, para que sea válido, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a) Será elaborado por el investigador principal, con la información señalada en el artículo 15 de ésta resolución. b) Será revisado por el Comité De Ética en Investigación de la institución donde se realizará la investigación. c) Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación. d) Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su defecto. Si el sujeto de investigación no supiere firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe. e) Se elaborará en duplicado quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o su representante legal.

La resolución también hace especificaciones en el caso de pacientes con afecciones mentales. En su artículo 23 y 25 del capítulo III, hace referencia que, para realizar investigaciones en menores de edad o discapacitados físicos o mentales, deberá obtenerse además del consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del discapacitado, certificación de un psiquiatra o psicólogo sobre

la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del sujeto.(24)

Estos aspectos ya se han tenido en cuenta y el macroproyecto del que se deriva esta investigación ya ha sido aprobado por el Comité de ética institucional. Se velará por que se cumplan a cabalidad los aspectos éticos tratados en este apartado.

Aspectos informe Belmont

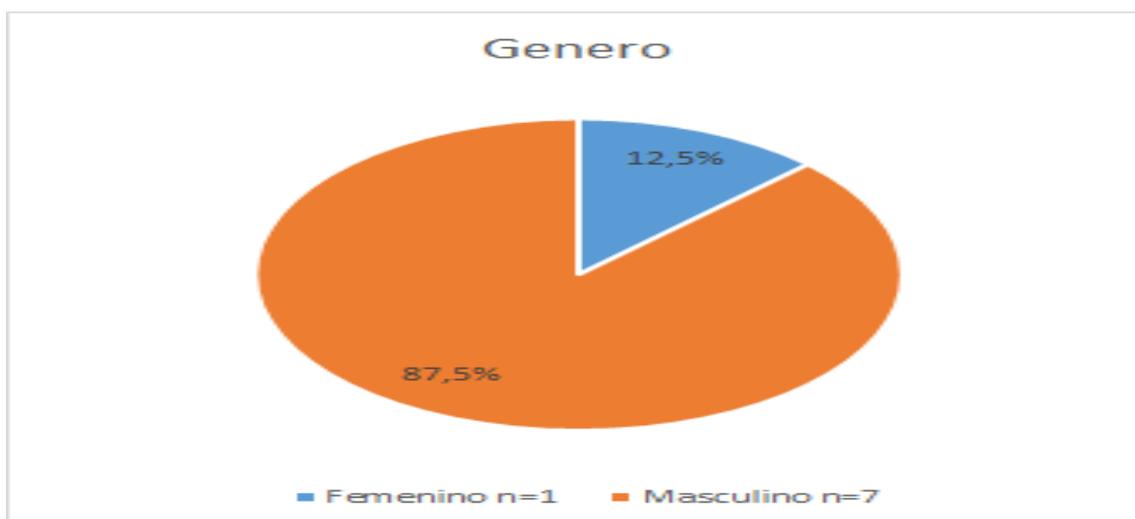
Para la realización de esta investigación se tuvieron en cuenta aspectos importante mencionados en el informe Belmont como lo son:

1. **Respeto por las personas:** Se menciona que las personas con autonomía disminuida (como en este caso personas con TMS), tienen derecho a protección, el grado de protección conferido debiera depender del riesgo de daño y de la probabilidad de beneficio.
2. **Beneficencia:** Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndose del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar. Se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de acciones de beneficencia en este sentido:
 - No hacer daño
 - Aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.
3. **Justicia:** Es la equidad en la distribución de los beneficios para ambas partes, en cuanto a sus necesidades ocurre injusticia cuando se niega un derecho como por ejemplo el de autonomía, privando así de su capacidad de decisión teniendo en cuenta su condición patológica, creyendo erróneamente que es un impedimento para la toma de decisiones. (25)

Se tiene en cuenta el hecho de generar una oportunidad de mejora o disminución del estigma como oportunidad para investigar con esta población, ya que el hecho de ser vulnerables limita el campo de acción y también el abordaje.

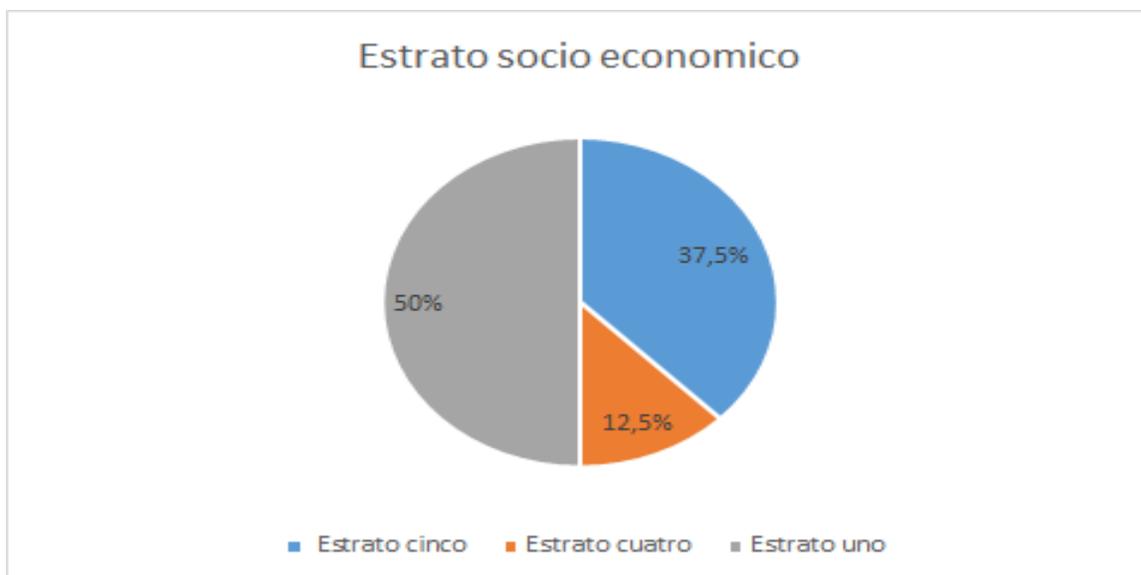
4. Análisis de los resultados

4.1 Descripción del perfil sociodemográfico y caracterización de la población.



Género		
	Frecuencia	Proporción
Femenino	n=1	12,5%
Masculino	n=7	87,5%

Del total de entrevistados, el 12,7% de la población eran hombres y el otro 87,5% mujeres



Estrato socio económico		
	Frecuencia	Proporción
Estrato cinco	3	37,5%
Estrato cuatro	1	12,5%
Estrato uno	4	50%

Del total de entrevistados, el 50% pertenece al estrato socioeconómico 4, mientras que el 37,5% pertenece al estrato socioeconómico 3 y el 12,5% pertenece al estrato socioeconómico 1.

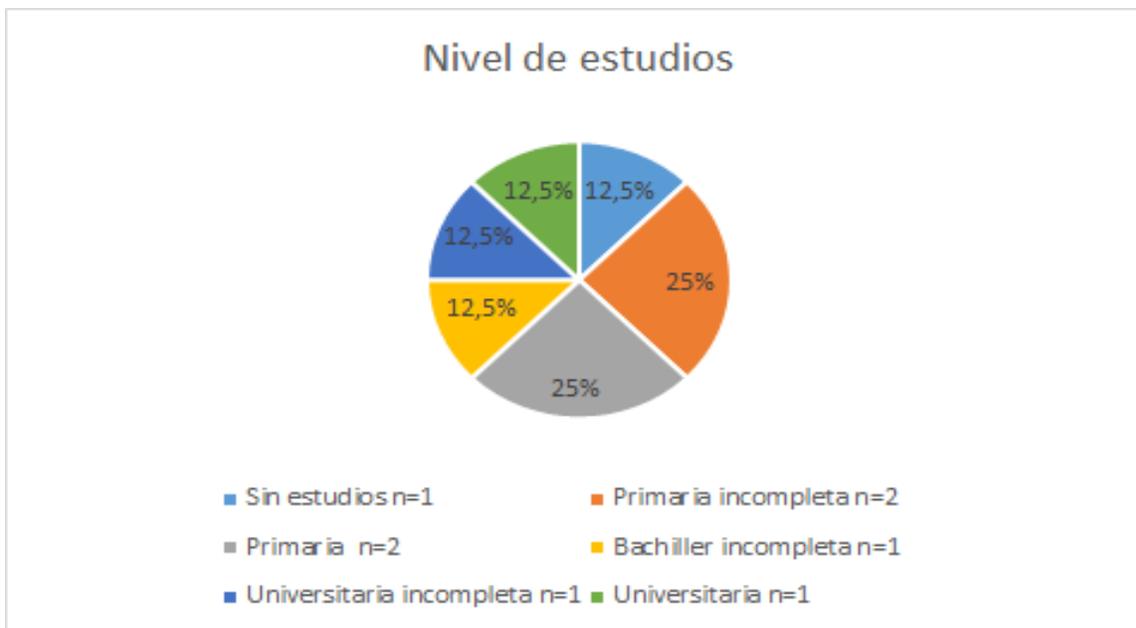
Regimen de afiliación en salud



■ Contributivo n=4 ■ Subsidiado n=4

Régimen		
	Frecuencia	Proporción
Contributivo	n=4	50%
Subsidiado	n=4	50%

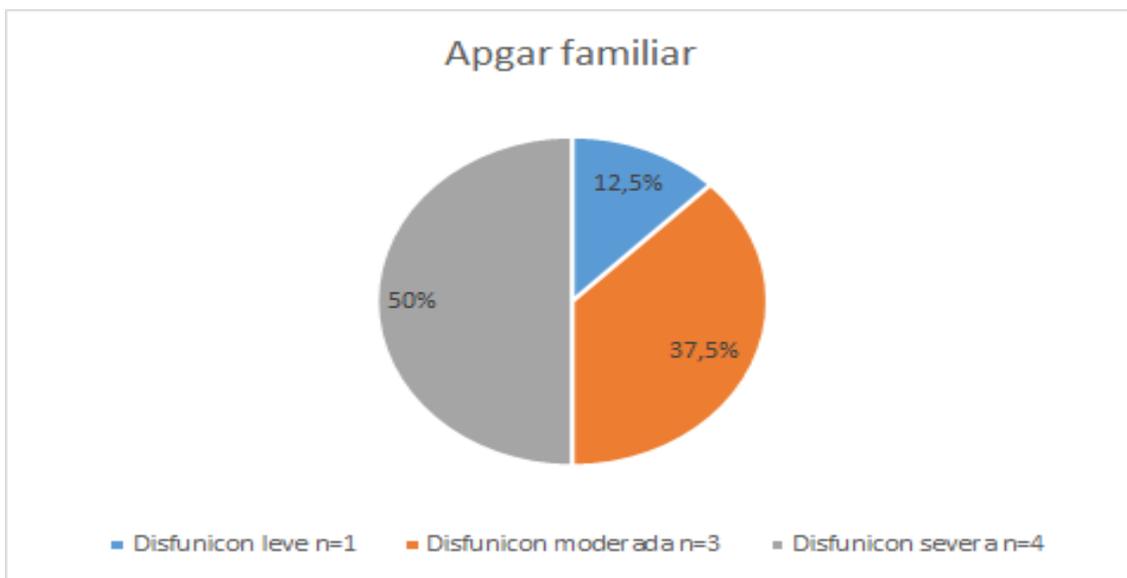
Del total de entrevistados, el 50% hace parte del régimen de afiliación a salud contributivo y el otro 50% a subsidiado



Nivel de estudios		
	Frecuencia	Proporción
Sin estudios	n=1	12,5%
Primaria incompleta	n=2	25,0%
Primaria	n=2	25,0%
Bachiller incompleta	n=1	12,5%
Universitaria incompleta	n=1	12,5%
Universitaria	n=1	12,5%

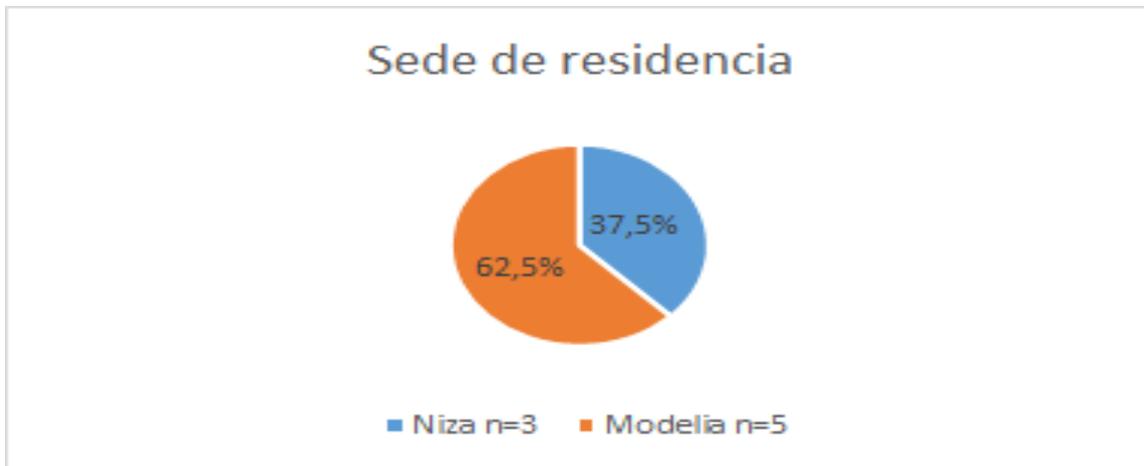
Del total de entrevistados, el 12,5% no posee estudios, el 25% dejó la primaria incompleta, al igual que otro 25% completo la primaria, por otro lado el 12,5% dejó el

bachiller incompleto, el 12,5% dejó la universidad incompleta y sólo un 12,5% posee estudio universitario completo



Apgar familiar	Frecuencia	Proporción
Disfunción leve	n=1	12,5%
Disfunción moderada	n=3	37,5%
Disfunción severa	n=4	50,0%

Del total de entrevistados, el 50% tiene una disfunción familiar severa, el 37,5% presenta una disfunción familiar moderada y el 12,5% restante disfunción familiar leve.



Sede de residencia		
	Frecuencia	Proporción
Niza	n=3	37,5%
Modelia	n=5	62,5%

Del total de entrevistados, el 62,5% habita en la casa de Modelia y el otro 37,5% en la casa de Niza

4.2 Analisis de graficas que miden el autoestigma

Afirmación 1.

Me siento fuera de lugar porque tengo una enfermedad mental



Me siento fuera de lugar porque tengo una enfermedad mental

N° de la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	3	37,5
2	En desacuerdo	2	25
3	De acuerdo	2	25
4	Muy de acuerdo	1	12,5
	Total de entrevistados	8	100

De las 8 personas que respondieron a este enunciado, 3 afirmaron que estaban muy en desacuerdo respecto a sentirse fuera de lugar por el hecho de tener un trastorno mental, por otro lado 2 personas respondieron que estaban en desacuerdo, lo cual nos habla de un 62,5% de los encuestados que sienten que el tener una enfermedad mental no es impedimento para sentirse incluidos socialmente. Sin embargo 2 respondieron que estaban de acuerdo y 1 muy de acuerdo, es decir que el 37,5% restante se siente fuera de lugar por el hecho de tener una enfermedad mental.

Afirmación 2.

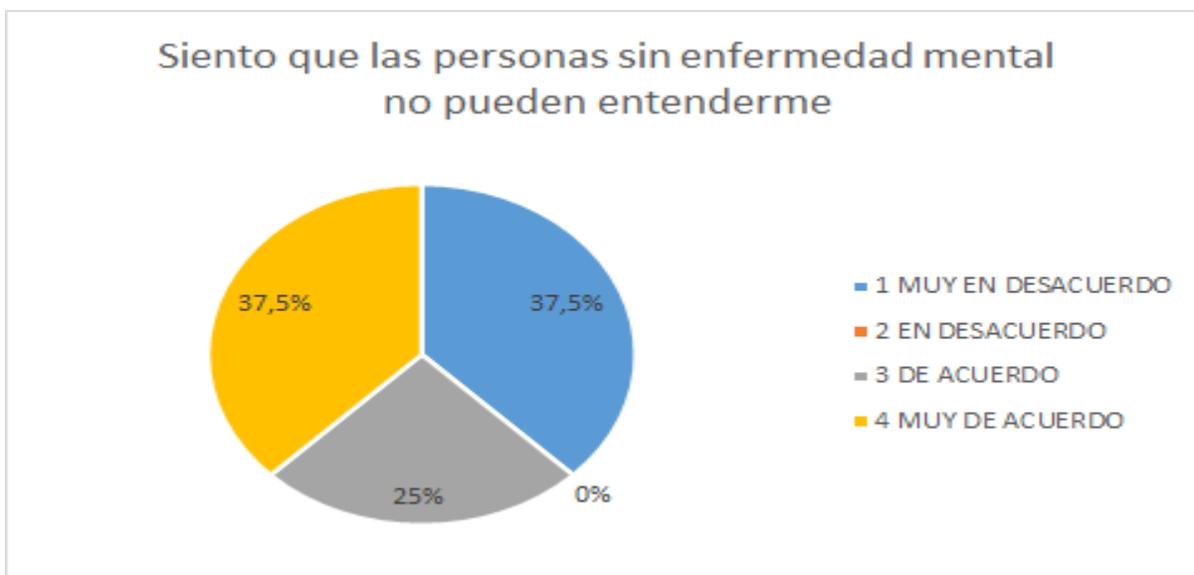


Tener una enfermedad mental a destrozado mi vida			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	1	12,5
2	En desacuerdo	1	12,5
3	De acuerdo	2	25
4	Muy de acuerdo	4	50
	Total de entrevistados	8	100

De los 8 encuestados 1 persona respondió estar muy en desacuerdo, respecto a sentir que su enfermedad mental ha destrozado su vida y otra persona respondió en desacuerdo respecto al hecho mencionado anteriormente, lo cual habla de un 25% para quienes la enfermedad mental no ha destrozado su vida, sin embargo 2 respondieron

estar de acuerdo y 4 están muy de acuerdo con este hecho, lo cual indica que el 75% de los encuestados sienten que su enfermedad mental les destruyó la vida.

Afirmación 3.

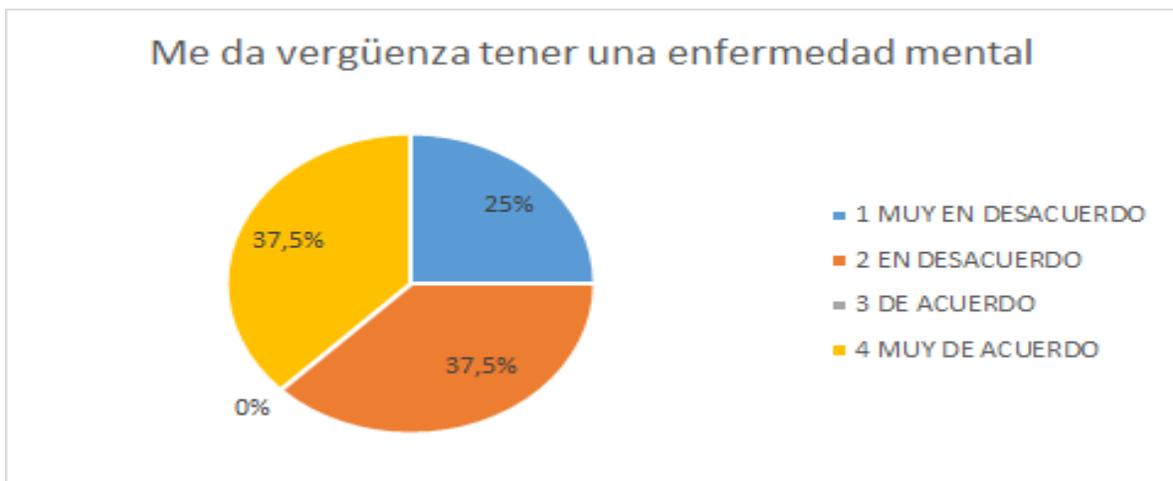


Siento que las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	3	37,5

2	En desacuerdo	0	0
3	De acuerdo	2	25
4	Muy de acuerdo	3	37,5
	Total de entrevistados	8	100

De las personas entrevistadas 3 respondieron estar muy en desacuerdo, respecto a sentirse no entendidos por las personas sin enfermedad mental, 2 personas respondieron estar de acuerdo y 3 muy de acuerdo, es decir que el 60% de los encuestados, sienten que las personas que no tienen una enfermedad mental no logran entenderlos.

Afirmación 4.

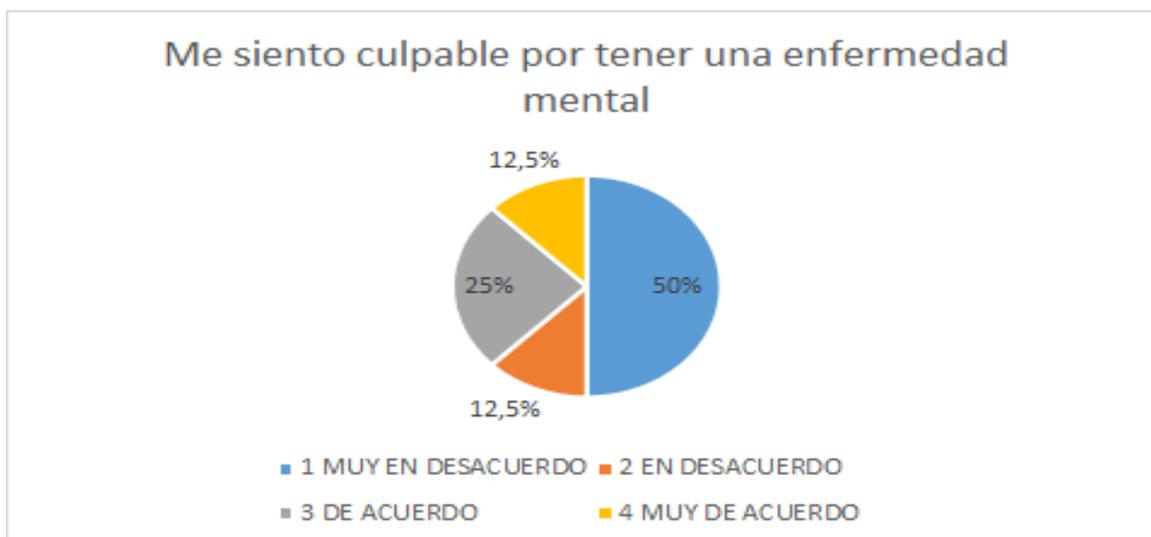


Me da vergüenza tener una enfermedad mental			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)

1	Muy en desacuerdo	2	25
2	En desacuerdo	3	37,5
3	De acuerdo	0	0
4	Muy de acuerdo	3	37,5
	Total de entrevistados	8	100

Del total de entrevistados, 2 respondieron estar muy en desacuerdo respecto a sentir vergüenza por su enfermedad, otras 3 personas están en desacuerdo referente a la misma pregunta, es decir que un 62,5% de los encuestados no se siente avergonzado con su enfermedad, sin embargo el 37,5% restante si se siente vergüenza de su enfermedad.

Afirmación 5.



Me siento culpable por tener una enfermedad mental

N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	4	50
2	En desacuerdo	1	12,5
3	De acuerdo	2	25
4	Muy de acuerdo	1	12,5
	Total de entrevistados	8	100

De los 8 entrevistados, el 50% respondió estar muy en desacuerdo con sentir culpabilidad por tener una enfermedad mental, solo una persona respondió estar en desacuerdo respecto a la misma pregunta, lo cual indica que el 62,5% no siente culpabilidad de su enfermedad, pero el otro 37,5% si cree tener culpabilidad por tener una enfermedad mental.

Afirmación 6.

Me siento inferior a las personas que no tienen enfermedad mental.



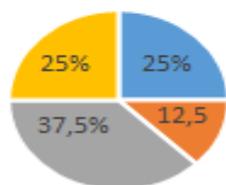
Me siento inferior a las personas que no tienen enfermedad mental.

N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	4	50
2	En desacuerdo	1	12,5
3	De acuerdo	2	25
4	Muy de acuerdo	1	12,5
	Total de entrevistados	8	100

Del total de entrevistados, 4 personas respondieron estar muy en desacuerdo, respecto a sentirse inferior a las personas que no padecen una enfermedad mental, 1 persona respondió estar en desacuerdo, respecto a la misma pregunta, es decir que el 62,5% de los encuestado no se sienten inferiores a las personas sin enfermedad mental. Sin embargo 2 personas respondieron estar de acuerdo y 1 muy de acuerdo, lo cual indica que el 37,5% se sienten inferiores a las personas sin enfermedad mental.

Afirmación 7.

Respondo a la imagen o estereotipo que se tiene de las personas con enfermedad mental.



- 1 MUY EN DESACUERDO
- 2 EN DESACUERDO
- 3 DE ACUERDO
- 4 MUY DE ACUERDO

Respondo a la imagen o estereotipo que se tiene de las personas con enfermedad mental.

N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	2	25
2	En desacuerdo	1	12,5
3	De acuerdo	3	37,5
4	Muy de acuerdo	2	25
	Total de entrevistados	8	100

De las 8 personas entrevistadas, 2 respondieron estar muy en desacuerdo y 1 en desacuerdo, respecto al estereotipo social que se tiene de las personas que padecen de una enfermedad mental, es decir que el 37,5% no cree cumplir con esta afirmación. Por otro lado 3 personas respondieron estar de acuerdo y otras 2 muy de acuerdo respecto esta afirmación, lo cual indica que el 62,5% cree responder al imaginario social respecto de las personas que padecen una enfermedad mental.

Afirmación 8.

Por mi apariencia la gente puede decir que tengo una enfermedad mental.



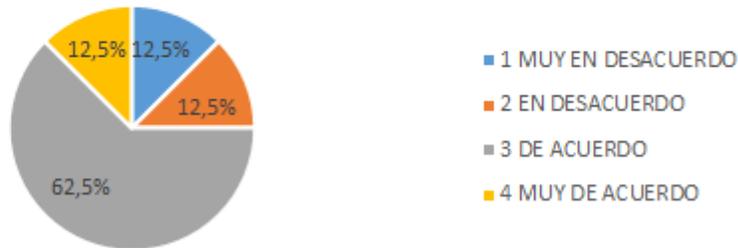
Por mi apariencia la gente puede decir que tengo una enfermedad mental.

N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	2	25
2	En desacuerdo	0	0
3	De acuerdo	5	62,5
4	Muy de acuerdo	1	12,5
	Total de entrevistados	8	100

Del total de personas entrevistadas, 2 respondieron estar muy en desacuerdo, respecto a que por su apariencia la gente pueda inferir que tiene una enfermedad mental, es decir que el 25% no está de acuerdo con esta afirmación. Sin embargo 5 respondieron estar de acuerdo y 1 muy de acuerdo, lo que indica que el 75% si cree que la gente puede inferir que padece de una enfermedad mental por su apariencia.

Afirmación 9.

Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas

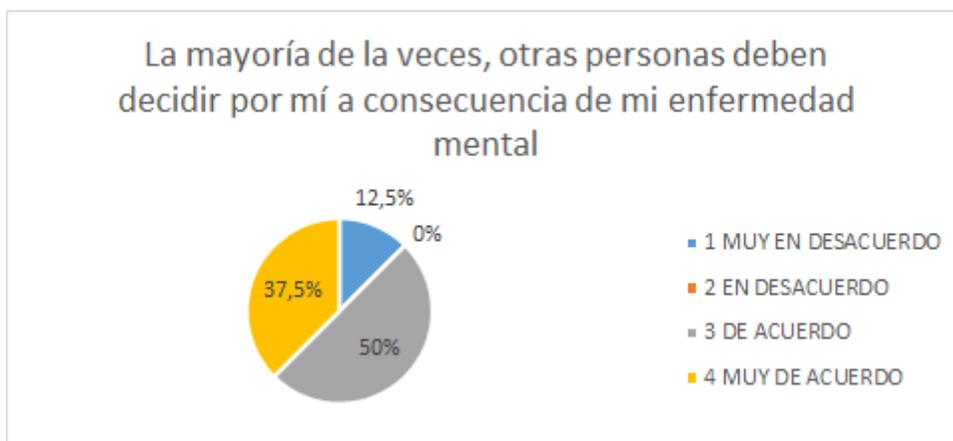


Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas

N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	1	12,5
2	En desacuerdo	1	12,5
3	De acuerdo	5	62,5
4	Muy de acuerdo	1	12,5
	Total de entrevistados	8	100

Del total de personas entrevistadas, 1 respondió estar muy en desacuerdo y una en desacuerdo respecto a la afirmación de que las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas, lo cual nos indica que el 25% no considera cierta esta afirmación. 5 personas respondieron estar de acuerdo y 1 muy de acuerdo, lo que indica que el 75% considera verdadera esta afirmación.

Afirmación 10.



La mayoría de la veces, otras personas deben decidir por mí a consecuencia de mi enfermedad mental			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	1	12,5
2	En desacuerdo	0	0
3	De acuerdo	4	50
4	Muy de acuerdo	3	37,5
	Total de entrevistados	8	100

Del total de personas entrevistadas, 1 respondió estar muy en desacuerdo, es decir que el 12,5% no considera verdadera esta afirmación, sin embargo 4 respondieron estar de acuerdo y 3 muy de acuerdo, es decir que el 87,5% considera verdadera esta afirmación.

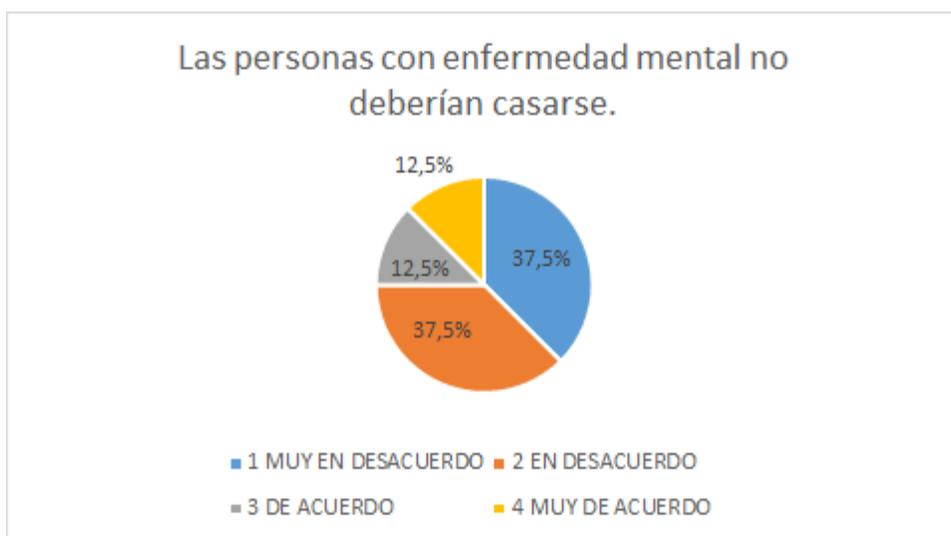
Afirmación 11.



Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida satisfactoria y gratificante			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	5	62,5
2	En desacuerdo	2	25
3	De acuerdo	1	12,5
4	Muy de acuerdo	0	0
	Total de entrevistados	8	100

Del total de entrevistados, 5 personas respondieron estar muy en desacuerdo y 2 en desacuerdo, lo cual indica que el 87,5% considera que si es posible vivir una vida satisfactoria y gratificante teniendo una enfermedad mental. Sin embargo 1 personas respondieron estar de acuerdo y muy de acuerdo con esta afirmación, es decir que el 12,5% considera que no pueden llevar una vida satisfactoria y gratificante con una enfermedad mental.

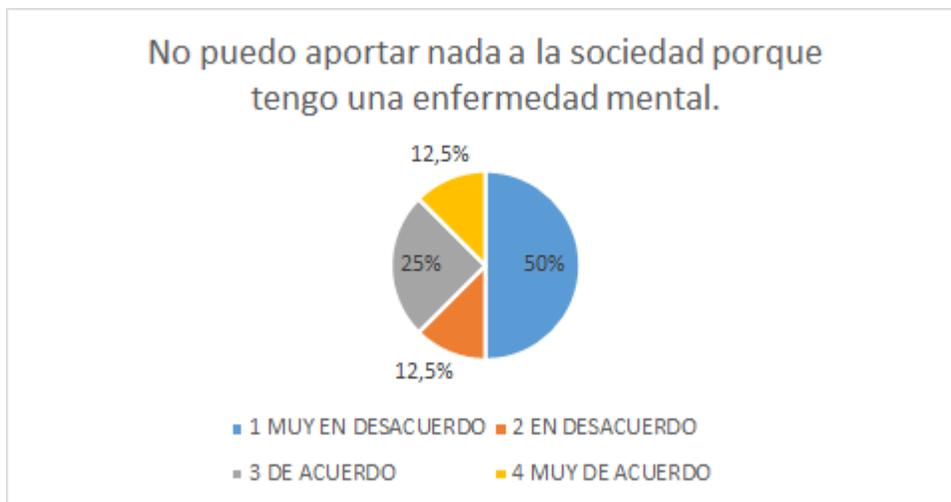
Afirmación 12.



Las personas con enfermedad mental no deberían casarse.			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	3	37,5
2	En desacuerdo	3	37,5
3	De acuerdo	1	12,5
4	Muy de acuerdo	1	12,5
	Total de entrevistados	8	100

Del total de entrevistados, 3 respondieron estar muy en desacuerdo y 3 en desacuerdo, lo cual indica que el 75% considera que las personas con enfermedad mental están en toda libertad de casarse, mientras que 1 personas respondió estar muy de acuerdo y otra de acuerdo con esta afirmación, considerando entonces el otro 25%, que las personas con enfermedad mental no deberían casarse.

Afirmación 13.



No puedo aportar nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental.			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)

1	Muy en desacuerdo	4	50
2	En desacuerdo	1	12,5
3	De acuerdo	2	25
4	Muy de acuerdo	1	12,5
	Total de entrevistados	8	100

De las 8 personas entrevistadas, 4 estuvieron muy en desacuerdo y 1 en desacuerdo, indicando así que el 62,5% consideran que si tienen algo que aportar a la sociedad sin importar el que tenga una enfermedad mental. Por otro lado 2 personas respondieron estar de acuerdo y otra muy de acuerdo, es decir que el 37,5% restante considera que no puede aportar nada a la sociedad por tener una enfermedad mental.

Afirmación 14.

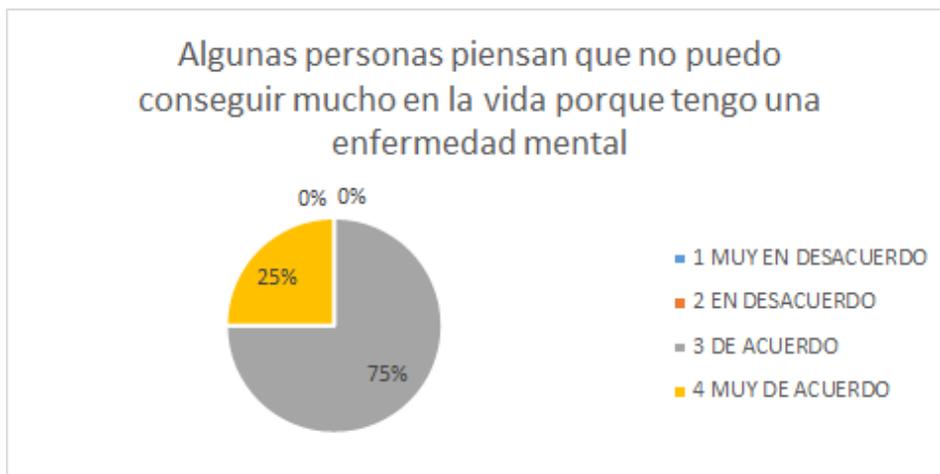


La gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental

N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	0	0
2	En desacuerdo	0	0
3	De acuerdo	4	50
4	Muy de acuerdo	4	50
	Total de entrevistados	8	100

De las 8 personas entrevistadas, 4 respondieron estar de acuerdo y las otras 4 muy de acuerdo. Es decir que el 100% considera que la gente los discrimina por tener una enfermedad mental.

Afirmación 15.



Algunas personas piensan que no puedo conseguir mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	0	0
2	En desacuerdo	0	0
3	De acuerdo	6	75
4	Muy de acuerdo	2	25
	Total de entrevistados	8	100

Del total de los encuestados 6 están de acuerdo con en que hay personas que creen que las personas con enfermedad mental no pueden conseguir mucho en la vida, de igual modo 2 respondieron estar muy de acuerdo. Lo cual indica que el 100% considera como verdadera la afirmación anterior.

Afirmación 16.

La gente me ignora o me toma menos en serio porque tengo una enfermedad mental



La gente me ignora o me toma menos en serio porque tengo una enfermedad mental

N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	1	12,5
2	En desacuerdo	0	0
3	De acuerdo	4	50
4	Muy de acuerdo	3	37,5
	Total de entrevistados	8	100

De las 8 personas encuestadas, 4 indicaron estar de acuerdo, con la afirmación anterior lo que corresponde al 50% de la población en estudio, así mismo el 37,5% indicó estar muy de acuerdo y considera que es ignorado por padecer una enfermedad mental, en conclusión el 85,5% de los participantes de este estudio, consideran que su enfermedad mental es un condicionante para ser ignorados y excluidos de la sociedad.

Afirmación 17.

A menudo la gente me trata con condescendencia o me tratan como a un niño/a, porque tengo una enfermedad mental

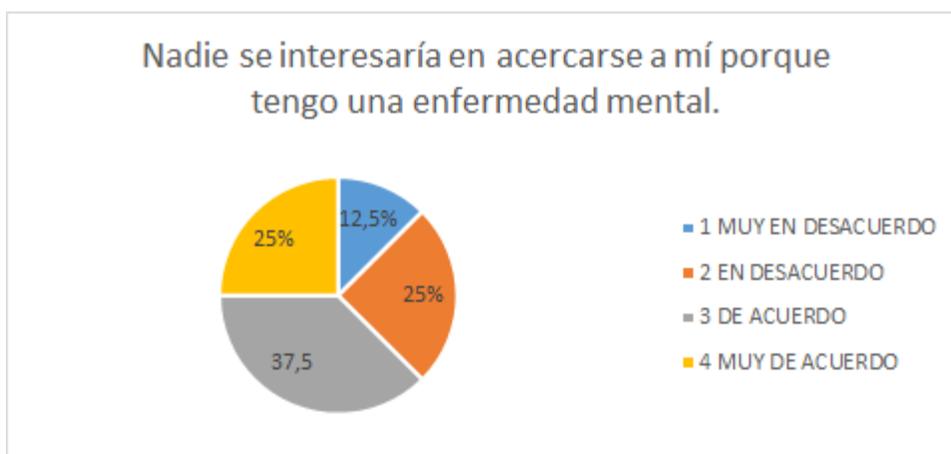


A menudo la gente me trata con condescendencia o me tratan como a un niño/a, porque tengo una enfermedad mental

N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	2	25
2	En desacuerdo	0	0
3	De acuerdo	5	62,5
4	Muy de acuerdo	1	12,5
	Total de entrevistados	8	100

Del total de encuestados, 2 están muy en desacuerdo, indicando así que el 37.5% de ellos no se sienten tratados de tal forma por el resto de personas, 5 de ellos respondieron estar de acuerdo, es decir que el 62.5% considera que si es tratado con condescendencia o como un niño por tener una enfermedad mental.

Afirmación 18.

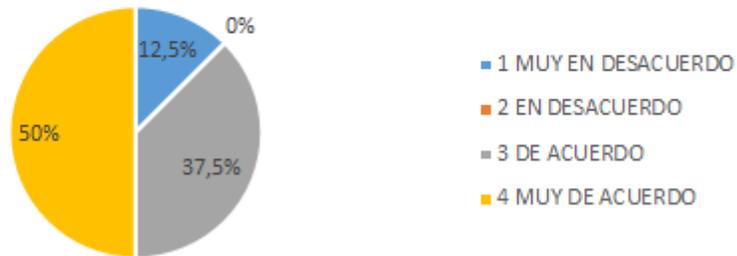


Nadie se interesaría en acercarse a mí porque tengo una enfermedad mental.			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	1	12,5
2	En desacuerdo	2	25
3	De acuerdo	3	37,5
4	Muy de acuerdo	2	25
	Total de entrevistados	8	100

De las 8 personas encuestadas, 1 respondió estar muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo con la anterior afirmación, 3 indicaron que estaban de acuerdo y 2 muy de acuerdo, lo que indica que el 37.5% de los encuestados, es decir un alto porcentaje de la población en estudio se encuentran totalmente convencidos de que las personas no se acercan a ellos por el hecho de tener una enfermedad mental.

Afirmación 19.

No hablo mucho sobre mí porque no quiero cansar a los demás con mi enfermedad mental.



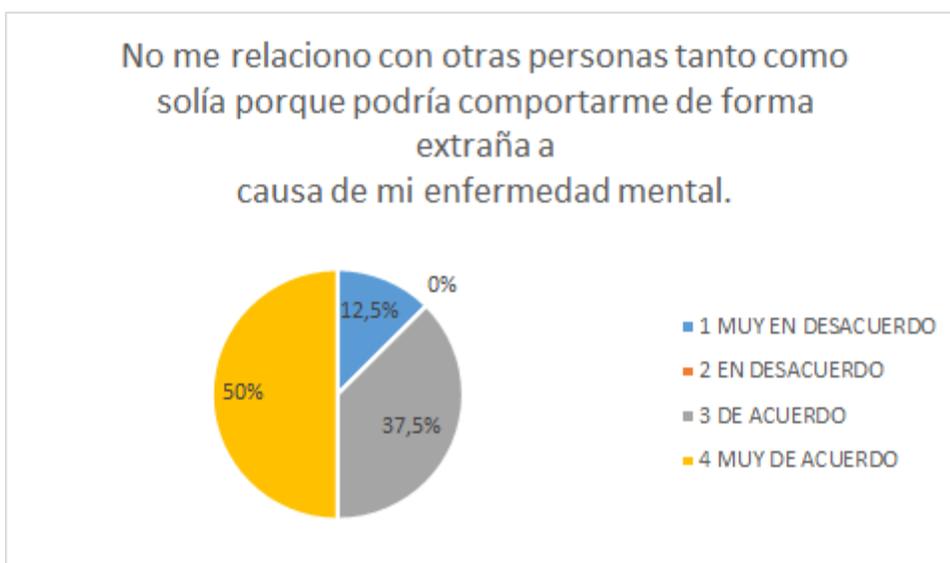
No hablo mucho sobre mí porque no quiero cansar a los demás con mi enfermedad mental.

N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	1	12,5
2	En desacuerdo	0	0
3	De acuerdo	3	37,5
4	Muy de acuerdo	4	50
	Total de entrevistados	8	100

De las 8 personas encuestadas 1 se mostró muy en desacuerdo con la anterior interrogación, indicando que el 12.5% no considera que el hablar mucho sobre sí mismo

cansa a los demás, por el contrario el 87.5% respondió estar de acuerdo y muy de acuerdo en cuanto a que hablar de sí mismo a otro, puede resultar agotador.

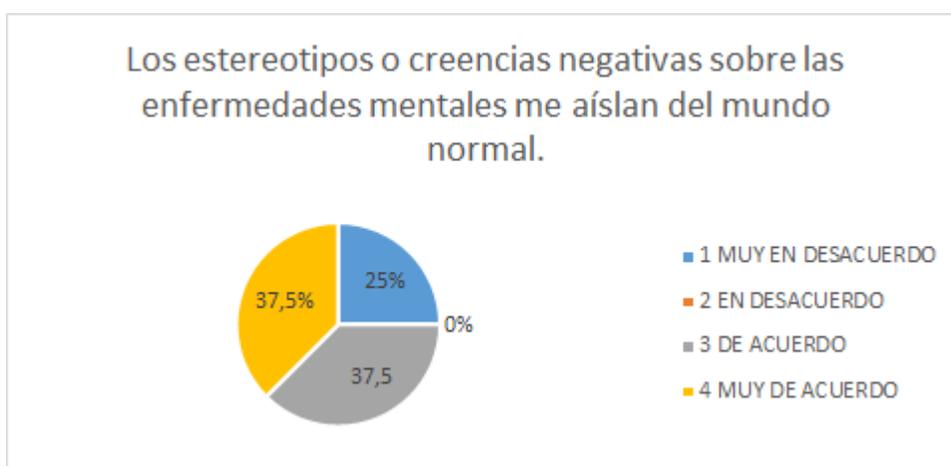
Afirmación 20.



No me relaciono con otras personas tanto como solía porque podría comportarme de forma extraña a causa de mi enfermedad mental.			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	1	12,5
2	En desacuerdo	0	0
3	De acuerdo	3	37,5
4	Muy de acuerdo	4	50
	Total de entrevistados	8	100

Del total de encuestados, 3 personas respondieron estar de acuerdo, y 4 , muy de acuerdo con el hecho de que a causa de su enfermedad podría comportarse de manera errática frente a los demás lo cual indica que el 87.5% considera que tener una enfermedad mental es un impedimento para relacionarse con otras personas.

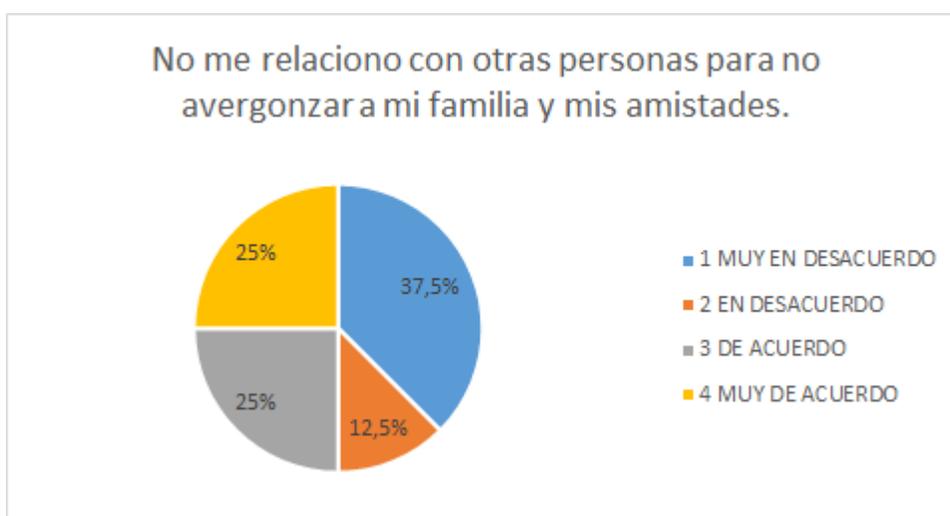
Afirmación 21.



Los estereotipos o creencias negativas sobre las enfermedades mentales me aíslan del mundo normal			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	2	25
2	En desacuerdo	0	0
3	De acuerdo	3	37,5
4	Muy de acuerdo	3	37,5
	Total de entrevistados	8	100

De las 8 personas encuestadas, 3 están muy de acuerdo, y 3 de acuerdo es decir que el 75% de la población encuestada, considera que la concepción social sobre las personas con enfermedad mental los aísla del mundo “normal”, y solo el 25% está en desacuerdo con la anterior interrogación mostrando así, que un porcentaje importante y elevado de la población percibe el estigma social dado a el hecho de padecer una enfermedad mental.

Afirmación 22.

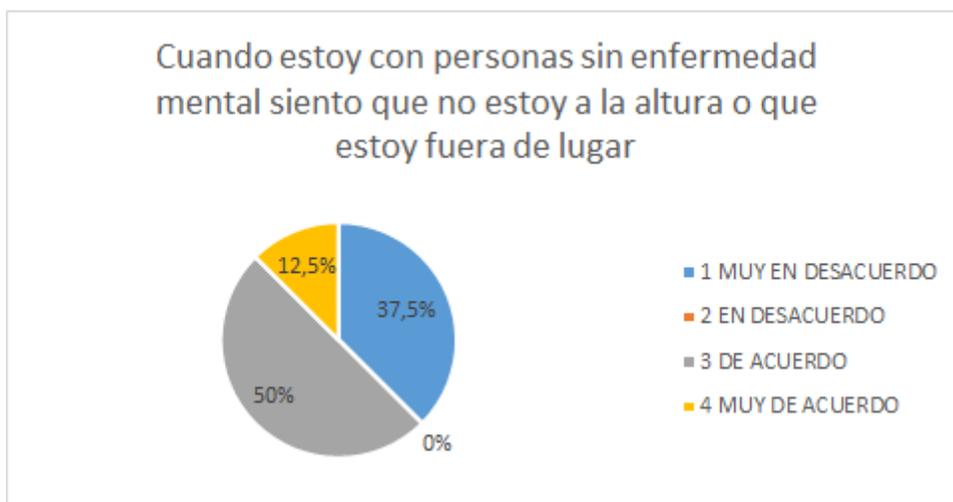


No me relaciono con otras personas para no avergonzar a mi familia y mis amistades.			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	3	37,5
2	En desacuerdo	1	12,5

3	De acuerdo	2	25
4	Muy de acuerdo	2	25
	Total de entrevistados	8	

Del total de encuestados 3 personas están muy en desacuerdo y 1 persona en desacuerdo con esta afirmación, es decir que el 50% considera que el tener una enfermedad mental no es un motivo de vergüenza ni un impedimento para relacionarse con otras personas. Por otro lado 2 personas están muy de acuerdo y 2 de acuerdo, indicando entonces que el 50% no se relaciona con otras personas ya que sienten que de este modo avergüenzan a su familia y amigos, siendo así, nos permitimos deducir que la relación con los familiares y el apoyo en el manejo de la enfermedad es fundamental para definir la relación con personas cercanas a su núcleo familiar, sin que su enfermedad mental sea un condicionante para ello.

Afirmación 23.



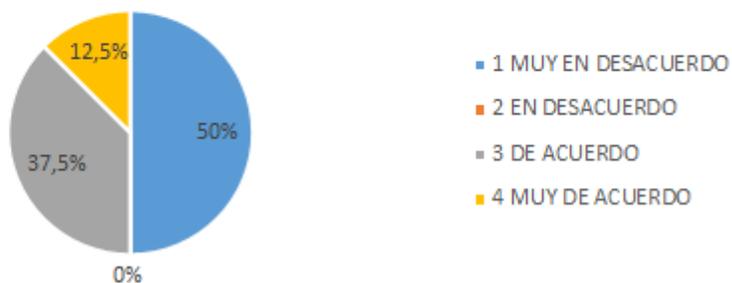
Quando estoy con personas sin enfermedad mental siento que no estoy a la altura o que estoy fuera de lugar

N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	3	37.5
2	En desacuerdo	0	0
3	De acuerdo	4	50
4	Muy de acuerdo	1	12,5
	Total de entrevistados	8	100

De las personas encuestadas, 3 respondieron estar muy en desacuerdo es decir que el 37.5% considera que el tener una enfermedad mental no es impedimento para estar a la altura frente a otras personas. Sin embargo 4 personas manifestaron estar de acuerdo y 1 muy de acuerdo con sentir que no están a la altura al estar con otras personas que no padecen algún trastorno o enfermedad mental es decir que el 62:5% lo que corresponde a la mayoría de la población, considera cierta esta afirmación basados en sus experiencias personales.

Afirmación 24.

Evito acercarme con personas sin enfermedad mental para evitar el rechazo.

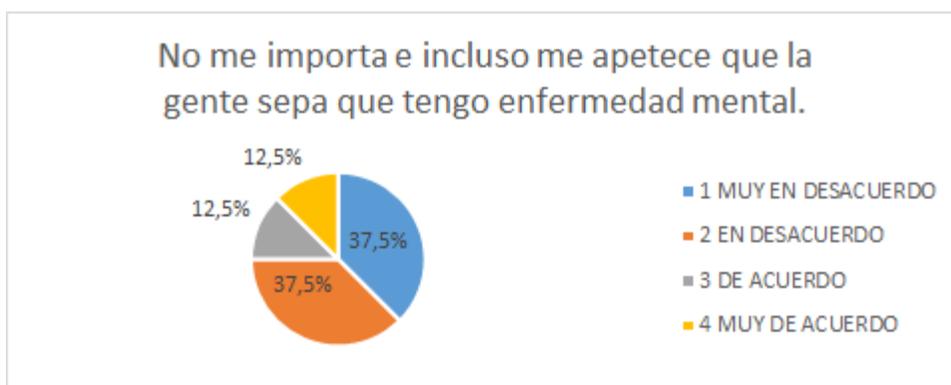


Evito acercarme con personas sin enfermedad mental para evitar el rechazo.

N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	4	50
2	En desacuerdo	0	0
3	De acuerdo	3	37,5
4	Muy de acuerdo	1	12,5
	Total de entrevistados	8	100

De las 8 personas encuestadas, 4 respondieron estar muy en desacuerdo, es decir el 50% no evita acercarse a personas sin enfermedad mental para evitar el rechazo. Sin embargo 3 respondieron estar de acuerdo y 1 muy de acuerdo, considerando así que el otro 50% evita acercarse a personas sin enfermedad mental para evitar ser rechazadas.

Afirmación 25.



No me importa e incluso me apetece que la gente sepa que tengo una enfermedad mental.			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	3	37,5
2	En desacuerdo	3	37,5
3	De acuerdo	1	12,5
4	Muy de acuerdo	1	12,5
	Total de entrevistados	8	100

De las 8 personas encuestadas 3 respondieron estar muy en desacuerdo y 3 en desacuerdo, indicando así que el 75% si le importa y no le apetece que las demás personas sepan que tienen una enfermedad mental. Por otro lado 1 persona respondió

estar de acuerdo y 1 muy de acuerdo, esto quiere decir que al 25% no le importa o le apetece que las demás personas sepan que tienen una enfermedad mental.

Afirmación 26.

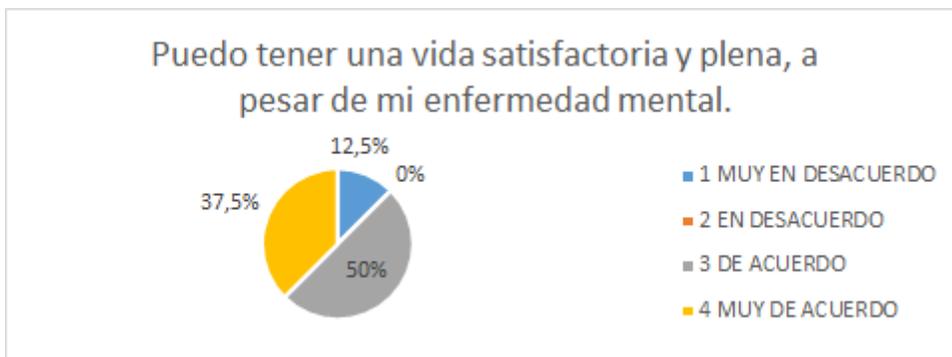


En general, soy capaz de vivir mi vida como quiero.			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	0	0
2	En desacuerdo	3	37,5
3	De acuerdo	2	25
4	Muy de acuerdo	3	37,5
	Total de entrevistados	8	100

Del total de encuestados, 3 personas respondieron estar en desacuerdo esto quiere decir que el 37.5% no se considera capaz de vivir una vida como realmente quiere. Por otro

lado 2 personas respondieron estar de acuerdo y 3 muy de acuerdo, considerando entonces que el 62.5% de los encuestados se consideran capaces de vivir la vida como quieren.

Afirmación 27.

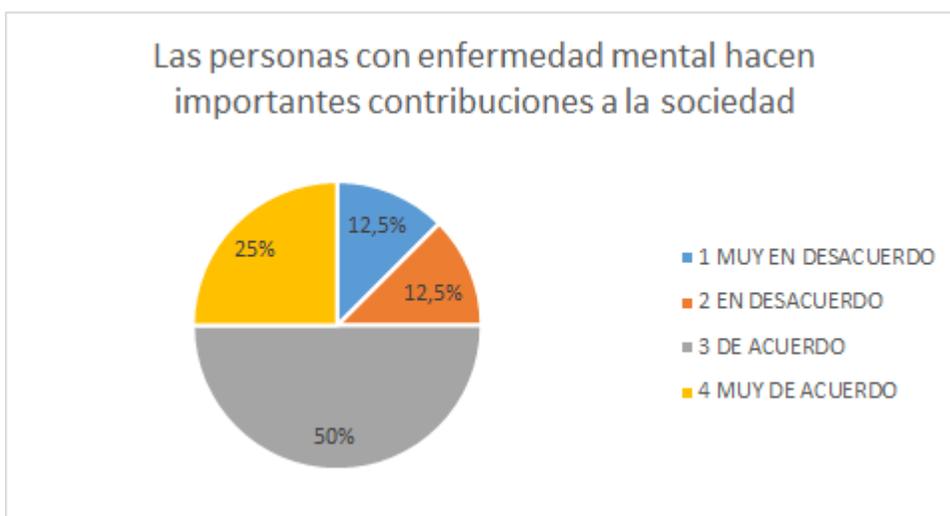


Puedo tener una vida satisfactoria y plena, a pesar de mi enfermedad mental.			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	1	12,5
2	En desacuerdo	0	0
3	De acuerdo	4	50
4	Muy de acuerdo	3	37,5
	Total de entrevistados	8	100

Del total de encuestado, 1 persona respondió estar muy en desacuerdo, indicando pues, que el 12.5 % no considera que puede tener una vida satisfactoria y plena, sin embargo 4. personas respondieron estar de acuerdo y 3 muy de acuerdo, indicando que el 87.5%

considera que puede tener una vida satisfactoria y plena sin importar que padezcan de una enfermedad mental.

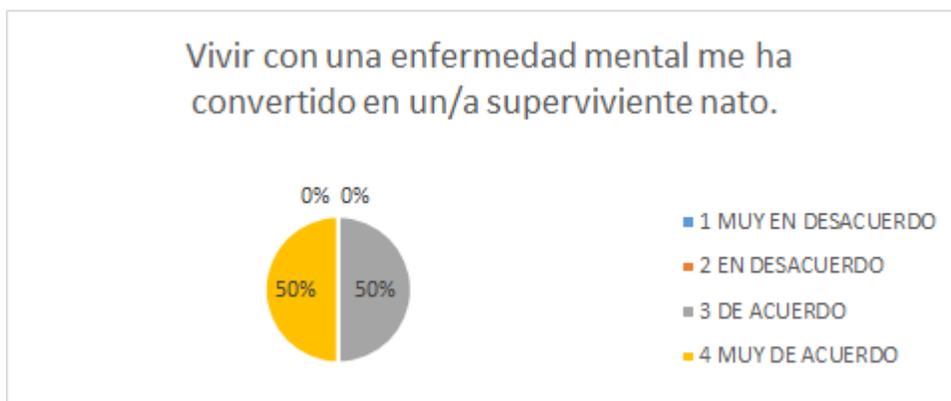
Afirmación 28.



Las personas con enfermedad mental hacen importantes contribuciones a la sociedad.			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	1	12,5
2	En desacuerdo	1	12,5
3	De acuerdo	4	50
4	Muy de acuerdo	2	25
	Total de entrevistados	8	100

De las 8 personas encuestadas, 1 respondió estar muy en desacuerdo y 1 en desacuerdo, lo cual indica que el 25% no considera que las personas con enfermedad mental hacen importantes contribuciones a la sociedad. Sin embargo 4 personas respondieron estar de acuerdo y 2 muy de acuerdo, indicando así que el 75% considera que las personas con enfermedad mental hacen importantes contribuciones a la sociedad y su condición no es impedimento para hacerlo

Afirmación 29.



Vivir con una enfermedad mental me ha convertido en un/a superviviente nato.			
N.º De la variable	Variable	N	Proporción (%)
1	Muy en desacuerdo	0	0
2	En desacuerdo	0	0
3	De acuerdo	4	50
4	Muy de acuerdo	4	50
	Total de entrevistados	8	100

Del total de encuestados, 4 personas respondieron estar de acuerdo y 4 muy de acuerdo, esto quiere decir que el 100% si considera que el vivir con su enfermedad mental les ha convertido en supervivientes natos.

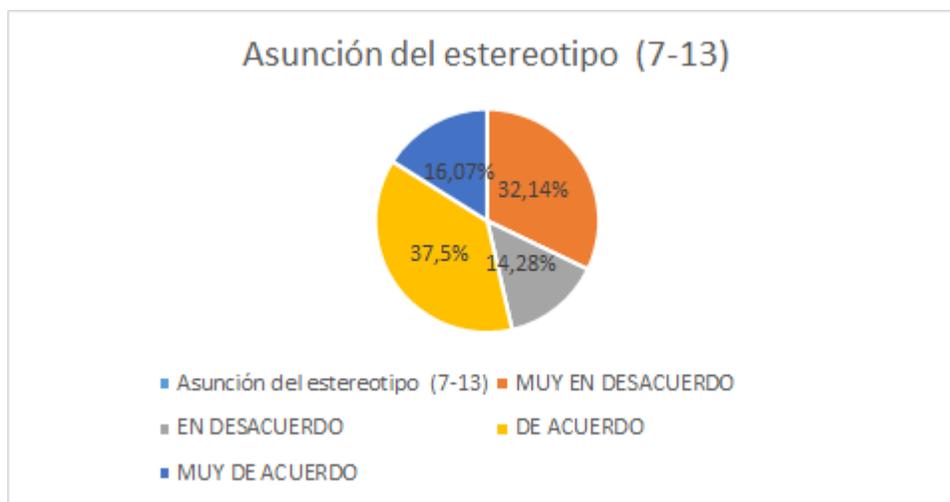
4.2 Descripción según estructura de evaluación



Alienación (1-6)	
Muy En Desacuerdo	17
En Desacuerdo	8
De Acuerdo	10
Muy De Acuerdo	13

Se evidencia que en la subescala alienación que corresponde de la pregunta 1 a la pregunta 6, en donde las respuestas negativas fueron en su totalidad 25, es decir que no están de acuerdo que tener una enfermedad mental genere una pérdida de identidad,

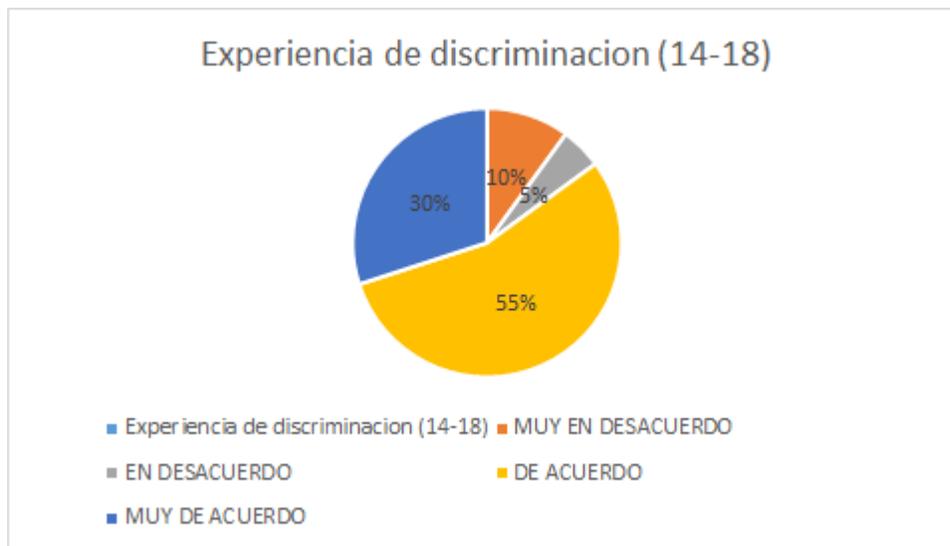
por el contrario las respuestas positivas fueron 23, es decir que están de acuerdo que tener una enfermedad mental si genera un extrañamiento en relación consigo mismo.



Asunción del estereotipo (7-13)	
Muy en desacuerdo	18
En desacuerdo	8
De Acuerdo	21
Muy De Acuerdo	9

Se entiende asunción del estereotipo como la asimilación de una imagen, idea o noción inmutable que tiene un grupo social sobre otros, ahora bien, definido esto se evidencia que en la subescala de asunción del estereotipo que corresponde de la pregunta 7 a la pregunta 13, en donde las respuestas negativas fueron en su totalidad 26, es decir que no existe una asimilación de la etiqueta de enfermedad mental impuesto por la sociedad,

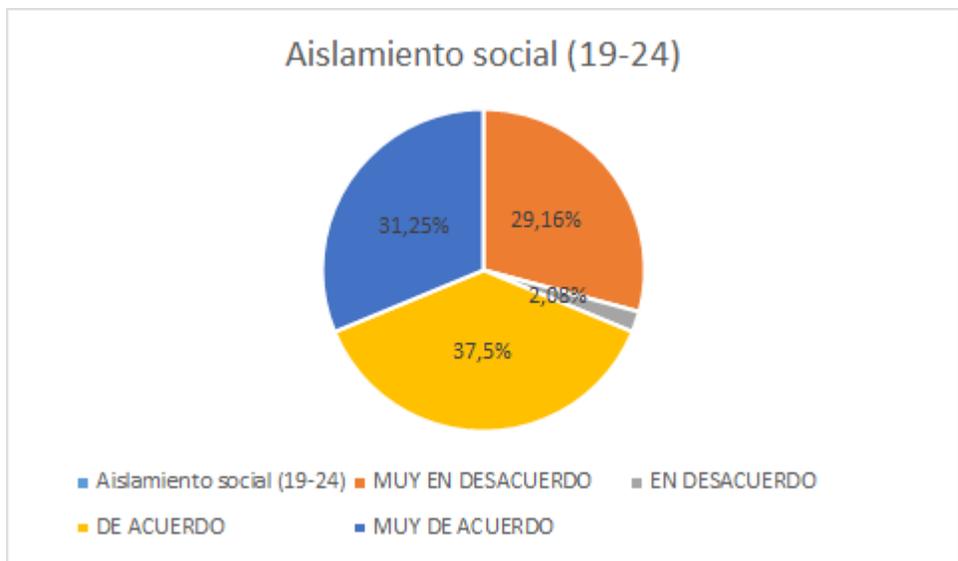
por el contrario las respuestas positivas fueron 30, es decir que el individuo si asimila el estereotipo existente de su enfermedad frente a la sociedad.



Experiencia De Discriminación (14-18)	
Muy en desacuerdo	4
En desacuerdo	2
De Acuerdo	22
Muy De Acuerdo	12

Se evidencia que en la subescala de experiencia de discriminación que corresponde de la pregunta 14 a la pregunta 18, en donde las respuestas negativas fueron en su totalidad 6, es decir que no se sienten discriminados por la sociedad, por el contrario las

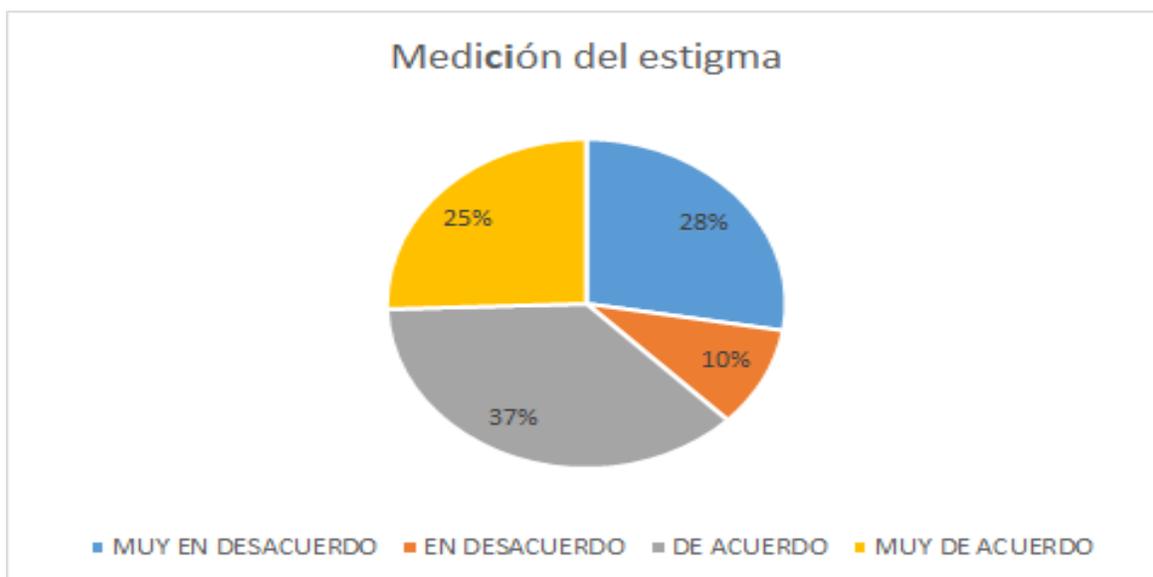
respuestas positivas fueron 34, es decir que el individuo si se siente discriminado y ha tenido experiencias discriminatorias por la sociedad.



Aislamiento Social (19-24)	
Muy en desacuerdo	14
En desacuerdo	1
De Acuerdo	18
Muy De Acuerdo	15

Se evidencia que en la subescala de aislamiento social que corresponde de la pregunta 19 a la pregunta 24, en donde las respuestas negativas fueron en su totalidad 15, es

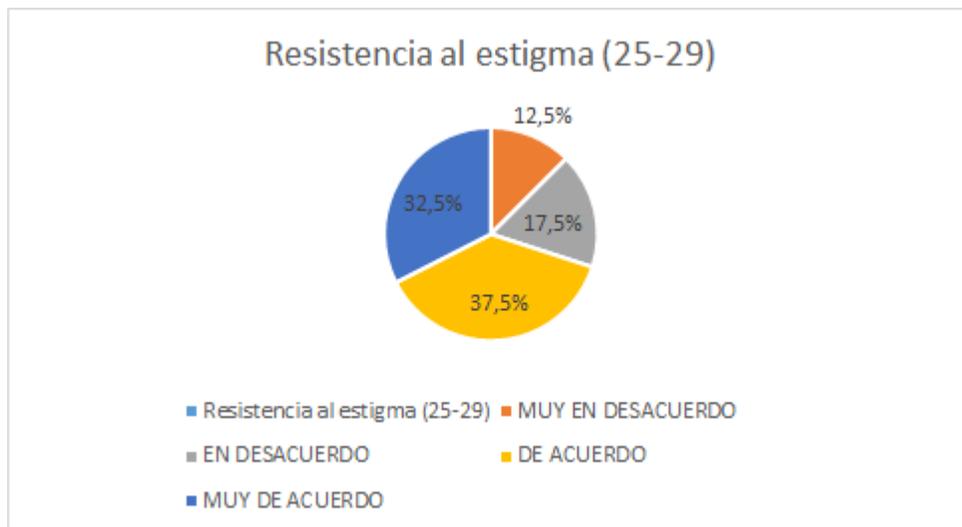
decir que no existe un aislamiento social, por el contrario las respuestas positivas fueron 33, es decir que el individuo si presenta un aislamiento social.



Medición del estigma		
Muy en desacuerdo	53	27,60416667
En desacuerdo	19	9,895833333
De acuerdo	71	36,97916667
Muy de acuerdo	49	25,52083333

Se tabularon las 192 respuestas correspondientes a los 4 primeros ítems, encontrándose que el 62,5% están de acuerdo y muy de acuerdo con las afirmaciones de la 1 a la 24 lo cual hace referencia a que existe una alta percepción del estigma, frente al 37,5% que

respondieron estar en desacuerdo y muy en desacuerdo es decir que no perciben el estigma.



Resistencia Al Estigma (25-29)	
Muy en desacuerdo	5
En desacuerdo	7
De Acuerdo	15
Muy De Acuerdo	13

Se entiende por resistencia al estigma o resistencia como la acción o capacidad de aguantar, tolerar u oponerse a una situación o prejuicio, ahora bien, definido esto se evidencia que en la subescala de resistencia al estigma que corresponde de la pregunta 25 a la pregunta 29, en donde las respuestas negativas fueron en su totalidad 12, esto corresponde al 30%, es decir que no existe una resistencia o barrera para con el estigma,

por el contrario las respuestas positivas fueron 28, es decir que el individuo si tiene resistencia al estigma.

Discusión:

Según el primer objetivo específico, identificar las características sociodemográficas de la población con TMS residentes en SALUDARTE, analizando las gráficas del apartado **4.3 Descripción demográfica de la población con TMS**, encontramos que De las 8 personas encuestadas, solo el 12.5 % es de género femenino, analizando el sexo de las personas encuestadas, se evidencia que la mayoría de los encuestados son hombres teniendo en cuenta que la enfermedad específica de estas personas es esquizofrenia, es válido afirmar que estas cifras guardan relación respecto a lo que afirma la OMS, pues indica que más de 21 millones de personas en el mundo padecen de esta enfermedad, de los cuales 12 millones son hombres, mientras que 9 millones son mujeres, siendo además los hombres quienes desarrollan la enfermedad con mayor frecuencia a edades tempranas.(32); Además se encontró que el 50% de la población pertenece a estrato social uno, 4 de ellos afiliados a régimen contributivo y 4 a régimen subsidiado esto último puede implicar que estén más vulnerables al estigma social e interiorizado, debido a que no cuentan con los recursos o medios necesarios para su manejo médico lo que dificulta el apego al tratamiento instaurado, y por ende genera más demoras en sus proceso de recuperación, sin embargo se rompe una barrera en cuanto a los determinantes sociales en especial de las personas que pertenecen al régimen subsidiado, este tipo de régimen lo que indica por norma general, es que la persona se encontraría en un posible estado de vulnerabilidad dado que es probable que sus determinantes sociales estuviesen afectados,(31).

Por otro lado se puede observar que el 50% de la población en estudio tiene una disfunción familiar severa, el 37.5% disfunción moderada y el 12.5% disfunción leve, es decir que ninguna de estas personas cuenta con adecuada función familiar, arrojando otro dato relevante que es el debilitamiento de las redes de apoyo de da la familia, en cuanto a las necesidad del paciente, lo que dificulta o entorpece que este obtenga

herramientas adecuadas para afrontar o sobrellevar la enfermedad mental como se espera. Sin embargo encontramos que estas personas cuentan con un aspecto favorable y es el hecho de que la asociación SALUDARTE y sus diferentes sedes se encuentran estratégicamente ubicadas, en zonas residenciales, contando con una infraestructura adecuada y con profesionales idóneos para favorecer la calidad de vida de estas personas y la adherencia al tratamiento, ya que en él habitan actualmente en un lugar residencial de alto estrato social, como lo es Niza en donde del total de entrevistados, habitan 37,5% y en Modelia el otro 62,5%, esto favorece significativamente el nivel de vulnerabilidad de estas personas en cuanto a los determinantes sociales, pues en concordancia con la OMS hay un impacto en cuanto a la reducción de los factores que afectan o representan una barrera que desencadenan en la puerta de entrada al deterioro de la calidad de vida y las barreras en la atención sanitaria.(31)

Teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud, encontramos que la mayoría de las personas participantes en esta encuesta no tienen educación superior e inclusive no culminaron su primaria, lo que puede ser un factor predominante para no entender, o aceptar su enfermedad de manera enriquecedora, esto facilita la existencia del estigma interiorizado, pues no cuentan con las herramientas intelectuales suficientes para comprender completamente las implicaciones personales y sociales que conlleva el diagnóstico de esquizofrenia, y de acuerdo con el documento *Opinions and beliefs of the Spanish population on serious mental illnesses*, el ideal es que las personas tengan un nivel de educación adecuado, que permita comprender lo que es un TMS y por ende permita que las personas con TMS se rodeen de lugares adecuados que favorezcan una óptima calidad de vida, así como Katharine Colkaba lo menciona en su teoría del confort; el confort no es más que la respuesta que presentan los receptores de las intervenciones ofrecidas. En esta teoría se habla sobre la importancia que tienen los 4 contextos que enfatizan el cuidado, en los cuales se incluyen aspectos ambientales, demográficos, y hace un énfasis especial en el entorno donde se encuentra el o los sujetos de cuidado, estos deben ser idóneos para obtener una respuesta favorable por parte de los receptores de cuidado, sin importar el tipo de enfermedad por el cual esté cursando la persona sujeto de cuidado.(30)

Basados en el segundo objetivo específico, medir el estigma internalizado que tienen las personas que padecen Trastorno Mental Severo (TMS), y analizando las 4 primeras gráficas aplicadas en este trabajo, podemos identificar en la gráfica que las agrupa, denominada medición del estigma, que el 62.5% de las personas que respondieron esta entrevista, están de acuerdo y muy de acuerdo, lo que nos indica que existe estigma internalizado en la mayoría de las personas entrevistadas, pues las opiniones de los entrevistados denotan una aceptación ante las afirmaciones descritas en la escala de autoestigma de la enfermedad "*Internalized Stigma of Mental Illness Scale*" (ISMI).(27), la cual busca relacionar las respuestas con el grado de estigma internalizado que presenta cada individuo, a causa del estigma social. Por tanto el resultado del trabajo es positivo y las afirmaciones concluyentes, en cuanto a que sí existe autoestigma en el 62,5% de los entrevistados; Livingston y Boyd afirma, que el estigma internalizado es desacreditante para la sociedad e indigno para el individuo que lo padece, pues lo afecta a nivel físico y mental, generando a su vez múltiples consecuencias, como la no adherencia al tratamiento. Según la entrevista aplicada, las personas con trastorno mental no se consideran a sí mismas peligrosas ni incapaces de afrontar situaciones cotidianas, sin embargo reconocen los ojos con los que la sociedad les observa y algunos la interiorizan de forma perjudicial para sí mismo más que otros, y lo anterior no es otra cosa que el estigma social, como lo afirma Erwin Goffman en su publicación *Estigma: la identidad deteriorada*: el estigma es una etiqueta social, los procesos de estigmatización emergen desde la discrepancia entre una "identidad social infringida y virtual" haciendo referencia a las características que debe tener una persona según la sociedad actual, y así mismo unas características similares a la población en general.(3)

Según el objetivo general, determinar el nivel de estigma internalizado en una población de pacientes con TMS residentes en la asociación de SALUDARTE, durante el periodo enero-junio de 2019., podemos indicar que los resultados obtenidos demuestran que existe estigma internalizado en el 62% de la población encuestada, así lo demuestra el análisis de los 4 primeros ítems, lo anterior guarda relación con Erwin Goffman, quien en su clásica publicación *Estigma: la identidad deteriorada*, afirma que los procesos de

estigmatización emergen desde una "identidad social infringida" haciendo referencia a las características que debe tener una persona según la sociedad en que se encuentre.

(3)

Sin embargo se evidencia en el ítem 5 una resistencia al estigma en el 70% del total de los encuestados, este resultado se puede analizar desde la perspectiva de Raúl Naranjo-Valentín, Fernando Cobo-Martínez Carlos Rebolluda-Gil, Eduardo González-Fraile y Grupo CRL-LRHP, quienes en su artículo "*Los Centros de Rehabilitación Laboral y el Trastorno Mental Grave: la Experiencia y el Seguimiento de los Usuarios en la Comunidad de Madrid*" se refieren a la manera de reducir el estigma hacia los pacientes con TMS, comparando el estudio de Fernando Cobo-Martínez Carlos Rebolluda-Gil, Eduardo González-Fraile y Grupo CRL-LRHP con el que realizamos en la asociación SALUDARTE, podemos identificar como el conocimiento y el incluir a la persona con TMS a una vida normal con el resto de personas que no padecen esta enfermedad, favorece en primer lugar la calidad de vida de la persona, la resistencia al estigma y la adherencia al tratamiento, pues así como ellos consideraron la posibilidad de vincularlos al rol laboral y luego identificaron qué aspectos cambian en la sociedad y en el paciente diagnosticado después de desempeñar su rol como empleado, obteniendo una mejor percepción por parte de los pacientes,(6) nosotros encontramos que a mayor estigma en este caso el 62%, mayor es la resistencia al mismo en este caso el 70%, pues estas personas usan el conocimiento de su enfermedad y de la percepción social de la misma no de forma que les afecte sino como herramienta para afrontar su situación actual. Sin embargo en Colombia aún no hay datos específicos respecto al estigma de personas con TMS. Es válido afirmar que la mayoría de la población encuestada, es decir el 62% considera que no cumple con las características o requisitos impuestos por la sociedad y esto de una manera u otra les permite reconocer un concepto negativo que tiene la sociedad de sí mismos, pero también se evidencia que el 70% de la población encuestada hace resistencia al estigma, lo cual guarda relación directa con las condiciones socioeconómicas que ofrece SALUDARTE, tanto en ubicación de la vivienda como también el proceso de acompañamiento y tratamiento que brindan a las personas con TMS, pues esto favorece la reducción del estigma ya que el estigma internalizado, representa una barrera en la adherencia y permanencia en el tratamiento

de las personas con TMS así como Fernández. P, Bórquez. S, Solar. F, Bustos. C y Chávez. V lo afirman en artículo *Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena.*(29) por tanto es muy probable que de no haber una adecuada intervención por parte del equipo profesional, el nivel de resistencia sería menor y el de autoestima sería mayor entre las personas encuestadas residentes de SALUDARTE.

Conclusiones:

Según los resultados encontrados, y en concordancia con el objetivo general de esta investigación, se concluye que el estigma internalizado de las personas con TMS residentes en SALUDARTE de enero a junio de 2019, está presente en el 62% de la población total encuestada. Por otro lado, el 70% de las personas a quienes se les aplicó la escala hacen resistencia al estigma. En cuanto a las respuestas obtenidas, La alta percepción del estigma, se relaciona con mejor aceptación de los síntomas, identificar los estereotipos que generan el estigma facilita tener conciencia de su enfermedad, esto le permite adquirir herramientas que le favorezca, adherirse al tratamiento, mejorar su autoestima, empoderarse y orientar su recursos hacia la recuperación

Por tanto es importante continuar realizando estudios en los que se tome como referencia los datos obtenidos en esta investigación con el fin de crear herramientas que ayuden a disminuir aún más el nivel de estigma de las personas con TMS residentes en

SALUDARTE para que la resistencia al estigma ya no sea sólo del 70% del total de encuestados sino que sea del 100% y para que el estigma no esté presente en el 62% actual sino que por el contrario sea inexistente en el total de la población encuestada. Pues de esta forma estaremos contribuyendo a la dignificación de la vida de estas personas, pero además se estará contribuyendo con una herramienta que sirva como apoyo en la resignificación de la vida de otras personas en Colombia que también padecen un TMS y presentan estigma internalizado.

Bibliografía

1. Campo A y Herazo E. El complejo estigma discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. Revista colombiana de Psiquiatría [internet] dic-2015[consultado el 9 de agosto de 2018] 44(4); 197-262. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-
2. Badallo A, García S, Yélamos L. La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. Boletín Asociación Española de Neuropsiquiatría[Internet] 2013 [consultado el 26 de septiembre de 2018] 33 (129); 737-747 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352013000400005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000400005>.
3. Goffman I. Stigma, notes on the management of spoiled identity. New Jersey: Prentice Hall Englewood Cliffs; 1963. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008
4. Organización Mundial de la Salud OMS. Manual de derechos de recursos en salud mental. Derechos y legislación [Internet] 2006 [Consultado el 9 de octubre de

2018. Disponible desde: <https://goo.gl/gb6grp>

5. Un proyecto de cognición social en enfermos mentales, gana el premio José Luis Muruzábal.[Internet]. Faro de vigo. [Citado el 9 de octubre de 2018]. Disponible desde:<https://www.farodevigo.es/portada-ourense/2018/10/16/proyecto-cognicion-social-enfermos-mentales/1980444.html>
6. Naranjo-Valentín R, Cobo-Martínez F, Rebolleda-Gil C, González-Fraile E. Los Centros de Rehabilitación Laboral y el Trastorno Mental Grave: la Experiencia y el Seguimiento de los Usuarios en la Comunidad de Madrid. Psychosocial Intervention / Intervención Psicosocial [Internet]. 2018 Aug [cited 2018 Oct 29];27(2):65-71. Available from: <http://search.ebscohost.com/recursosenlinea.juanncorpas.edu.co:2048/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=130622053&lang=es&site=ehost-live>
7. Souza, Machorro M y Cruz L. Acerca del estigma de la enfermedad y las adicciones. Artículo de revisión. Rev Mex Neuroci. (9).[internet].2008-07.[Citado el 20 de octubre de 2018].(4):290-297.Disponible desde:<https://www.google.com.co/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2008/rmn084h.pdf&ved=2ahUKEwjw0YK8sMfeAhXFq1MKHeECD00QFjAAegQIABAB&usg=AOvVaw1yggWP6kntJpG1nyf1dSZb>
8. Escobar J, Molina S y Restrepo D.Caracterización sociodemográfica, psiquiátrica y legal de pacientes inimputables de Colombia, 2000-2013. Revista colombiana de psiquiatría.[internet] 2017[Citado el 29 de octubre de 2018].Disponible desde:https://www-clinicalkey-es.recursosenlinea.juanncorpas.edu.co:2443/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0034745016300361.pdf?locale=es_E
9. Opinions and beliefs of the Spanish population on serious mental illnesses (schizophrenia and bipolar disorder) Rev Psiquiatr Salud Ment., 5 (2012), pp. 98-106 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.002>
10. Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002b). Understanding the impact of stigma on

people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>.

11. Fernández S. (2015). Estigma internalizado en el trastorno mental grave: predictores cognitivos de la eficacia de un programa de intervención. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología. [Internet] 2015 [citado el 21 de enero de 2019]
12. Mascayano Tapia, Franco, Lips Castro, Walter, Mena Poblete, Carlos, & Manchego Soza, Cristóbal. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58. Recuperado en 21 de octubre de 2018,
13. Sossa Rojas, Alexis LA ALIENACIÓN EN MARX: EL CUERPO COMO DIMENSIÓN DE UTILIDAD *Revista de Ciencias Sociales (CI)*, núm. 25, 2010, pp. 37-55 Universidad Arturo Prat Tarapacá, Chile, disponible desde: <https://www.redalyc.org/pdf/708/70817741003.pdf>
14. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry*. 1990;147(12):1602-8.
15. Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J, et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2002. Cuadernos Técnicos, n.6.
16. Riviere A, Sotillo M, Sarriá E. y Núñez M. Meta representación, intencionalidad y verbos de referencia mental: un estudio evolutivo. *Estudios de Psicología*, 51 (1994), 21-32
17. German A. Esquizofrenia. Universidad de Salamanca. [internet]. [citado el 3 de octubre de 2018]. Disponible desde: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018442>
18. Modelo de intervención. [Internet]. Saludarte. [citado el 2 de diciembre de 2018]. Disponible desde: <http://saludarte.co/comunidad/>
19. Manuel M, María S, Eloisa P. Estado de conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. [Internet]. [citado el 4 de octubre

- de 2018]. Disponible desde http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_7_esp.pdf#page=41
20. Muñoz M, Saenz M, y Perez Santos E. La Rehabilitación Psicosocial en los Trastornos mentales graves, Artículo de investigación, Anuario De Psicología Clínica y De La Salud, 7, 41-50, 2011 [Revista]. [Citado el 09 de noviembre de 2018].
 21. Paredes, H. Jiménez, G. y Vázquez, M. Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos. Artículo de investigación. Vertientes. 15. [revista impresa]. 2012. 2:88-92. Español. Revista especializada en ciencias de la salud
 22. Paredes M, Jimenez G, Vazquez F, Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricas [Internet]. 2012 [citado el 3 de octubre de 2018] Disponible desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2012/vre122d.pdf>
 23. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Consumo, y Bienestar Social. Definición de Trastorno Mental Grave. Zaragoza: Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. 2018. [Internet]; 3 p. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/tmg/resumida/documentos/apartado02/definición.pdf>
 24. Capítulo 8. Selección de la muestra. En. Hernández Sampieri, R.; Fernández C, C.; & Baptista L, M del P. Metodología de la Investigación (6ta Ed.). México DF.: McGraw-Hill / Interamericana Editores SA de CV. 2014. p.: 170-194.
 25. Flores R, S.; Medina D, R.; & Robles G, R. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. Salud Ment [Internet]. 2011. 34(4): 33-339. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400006
 26. Ministerio de salud, Resolución 8430 de 1993(citado el 10 de octubre), disponible desde <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
 27. Organización Mundial de la Salud, Trastornos mentales, prevalencia (citado el 01

de noviembre 2019) disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

28. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental, Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación (citado el 07 de noviembre), disponible desde: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_INTL_Informe Belmont.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_INTL_Informe_Belmont.pdf)
29. Ritsher JB, Otilingama PC, Grajalesa M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiatry Research 2003; 121: 31-49. Traducido al español y Publicado en: Instrumento de evaluación No 11 de la publicación “Detección e intervención temprana en las psicosis”. Servicio Andaluz, 2010. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/433/pdf/11-ISMI.pdf>
30. castro, caballero, medina, celedon, bravo. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trastornos mentales. Rev. salud. Mov [Internet]. 2013 [citado el 01 de marzo de 2019]; 5(1): p.5-14. disponible desde: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/saludmov/article/view/471/468>
31. Fernandez. P, Bórquez. S, Solar. F, Bustos. C y Chávez. V. Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena. Scielo. Universidad de Concepción, Chile. [internet]. 2016 [citado el 23 de octubre de 2019]; 15(2): p.153. Disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15n2/v15n2a13.pdf>
32. Moreno. M, Muñoz. L, editores. De la teoría de enfermería a la práctica. 1a edición. Chía: Universidad de la sabana; 2016. 372p.
33. Determinantes Sociales de la Salud. [Internet]. Organización mundial de la salud. [citado el 23 de octubre de 2019]. Disponible desde: <https://www.who.int/social-determinants/es/>

En este cuestionario se utiliza de forma repetida la palabra "enfermedad mental", por favor, piense cómo aplicar esta palabra a su caso. Para cada afirmación marque si está 1. muy en desacuerdo, 2. en desacuerdo, 3. de acuerdo, 4. muy de acuerdo.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
2. Tener una enfermedad mental ha destrozado mi vida	1	2	3	4
3. Siento que las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme	1	2	3	4
4. Me da vergüenza tener una enfermedad mental	1	2	3	4
5. Me siento culpable por tener una enfermedad mental	1	2	3	4
6. Me siento inferior a las personas que no tienen enfermedad mental	1	2	3	4
7. Respondo a la imagen o estereotipo que se tiene de las personas con enfermedad mental.	1	2	3	4
8. Por mi apariencia la gente puede decir que tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
9. Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas	1	2	3	4
10. La mayoría de la veces, otras personas deben decidir por mí a consecuencia de mi enfermedad mental	1	2	3	4
11. Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida satisfactoria y gratificante	1	2	3	4
12. Las personas con enfermedad mental no deberían casarse.	1	2	3	4
13. No puedo aportar nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
14. La gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
15. Algunas personas piensan que no puedo conseguir mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
16. La gente me ignora o me toma menos en serio porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
17. A menudo la gente me trata con condescendencia o me tratan como a un niño/a, porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
18. Nadie se interesaría en acercarse a mí porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
19. No hablo mucho sobre mí porque no quiero cansar a los demás con mi enfermedad mental.	1	2	3	4
20. No me relaciono con otras personas tanto como solía porque podría comportarme de forma extraña a causa de mi enfermedad mental.	1	2	3	4
21. Los estereotipos o creencias negativas sobre las enfermedades mentales me aíslan del mundo "normal."	1	2	3	4
22. No me relaciono con otras personas para no avergonzar a mi familia y mis amistades.	1	2	3	4
23. Cuando estoy con personas sin enfermedad mental siento que no estoy a la altura o que estoy fuera de lugar.	1	2	3	4
24. Evito acercarme con personas sin enfermedad mental para evitar el rechazo.	1	2	3	4
25. No me importa e incluso me apetece que la gente sepa que tengo enfermedad mental.	1	2	3	4
26. En general, soy capaz de vivir mi vida como quiero.	1	2	3	4
27. Puedo tener una vida satisfactoria y plena, a pesar de mi enfermedad mental.	1	2	3	4
28. Las personas con enfermedad mental hacen importantes contribuciones a la sociedad	1	2	3	4
29. Vivir con una enfermedad mental me ha convertido en un/a superviviente nato.	1	2	3	4

