

Cultura, contexto y familia: significados y comprensión de los trastornos mentales

Mariluz Luna Laguado y José Joaquín Rincón Rangel
Mayo 2018.

Universidad de Pamplona.
Facultad de Salud.
Programa de Psicología.
Trabajo de Grado.

Mariluz Luna Laguado y José Joaquín Rincón Rangel
Mayo 2018.
Investigación.

Directora: Ph. D. Gloria Esperanza Martínez Mendoza

Universidad de Pamplona.
Facultad de Salud.
Programa de Psicología.
Trabajo de Grado.

Esta investigación está dedicada a mi madre, que con su ejemplo de vida me enseñó que es posible salir adelante a pesar de las adversidades; y a quien agradezco haber inspirado el propósito de este proyecto, que pretende generar conciencia respecto a la estigmatización que se teje alrededor de las personas que conviven con un trastorno mental; pues es ella quien me ha demostrado que la figura humana prevalece a pesar de las etiquetas diagnósticas. Es por esto, que en este trabajo está plasmada mi formación académica, así como la formación humana que me llevó a elegir la profesión de psicóloga.

Mariluz Luna Laguado

La presente investigación está dedicada a cada persona que en algún momento de su vida ha visto trasgredidos sus derechos y libertades a causa de situaciones de estigmatización, que han sido víctimas de ofensas, rechazo y discriminación debido a circunstancias que en nada afectan su valor moral y humano, a cada persona que convive con trastorno mental y se encuentra a la espera de ser tratado como merece, como igual; sin lástima, ni pesar.

José Joaquín Rincón Rangel

En primer lugar, agradecer a la Universidad de Pamplona y su cuerpo docente por habernos guiado durante todo el proceso de formación académica, que incentivó nuestro espíritu investigativo desde cada una de las áreas que conforman el ejercicio del psicólogo, permitiendo que se desarrollaran habilidades que hoy se evidencian en este proyecto investigativo aplicado como trabajo de grado.

De igual manera, resaltando la labor de la Ph.D. Gloria Esperanza Martínez, que tanto como docente de cátedra como docente asesora de tesis, desempeñó un papel importante en nuestro proceso formativo hacia futuros profesionales de la salud mental; puesto que bajo su dirección nos vinculamos al semillero de Investigación Psicología y Sociedad, donde nació la idea que posteriormente se convirtió en este proyecto.

Por otra parte, agradecemos a las directivas de los centros de salud mental Hospital Mental Rudesindo Soto y Clínica de Salud Mental Stella Maris por abrir un espacio para que como psicólogos en formación implementáramos la aplicación de instrumentos para la recolección de información; asimismo, a los familiares de pacientes y pacientes que contribuyeron con su participación en la investigación.

Y en definitiva, damos nuestro agradecimiento a todas las personas que de una manera u otra han aportado a la realización de este proyecto de investigación psicológica: familiares, amigos y pareja

La presente investigación, como su nombre lo indica – Cultura, contexto y familia: significados y comprensión de los trastornos mentales-, pretende describir la construcción social frente al trastorno mental diagnosticado elaborada por los familiares y pacientes internados en los centros de rehabilitación mental Hospital Mental Rudesindo Soto y Clínica de Salud Mental Stella Maris de la ciudad de San José de Cúcuta; para lo cual mediante los instrumentos de recolección de información de corte cualitativo – Prueba del Diferencial Semántico y cuestionario situacional (basado en el Cuestionario de Atribución 27)- se llevó a cabo la investigación de alcance descriptivo a adultos, entre los 18 y 70 años que solicitan atención médica y presentan un diagnóstico de trastorno mental, y adultos entre los 18 y 70 años que configuran la red de apoyo de las personas que solicitan atención médica en estos centros de Salud Mental, que estuvieron hospitalizados entre el 15 y el 18 de mayo del presente año.

La muestra no probabilística por conveniencia está constituida por 3 pacientes y 11 familiares en las instalaciones del Hospital -14 participantes-, y de 5 pacientes y 7 familiares al interior de la Clínica – 12 participantes-; para un total de 26 participantes voluntarios. Por su parte, los resultados arrojaron que existen momentos de estigma que guardan relación con las categorías de prejuicio, discriminación y estereotipo, y que son reforzados por las fuentes culturales como los medios de comunicación, las creencias y la religiosidad, y la industria farmacéutica. Asimismo, se concluye que el proceso de estigmatización conlleva tres subprocesos que permiten la generación de categorías al establecer la relación que guardan con las fuentes culturales, las cuales contribuyen a la construcción del significado de enfermedad mental desde las diferentes esferas del desarrollo humano, encontrándose presente de manera internalizada –en el paciente- o social- familiares-.

Cuando se habla de la salud mental se deben tener en cuenta una serie de factores que participan en el constructo social de su significado; tales como la cultura, el contexto y las redes de apoyo, que en últimas son quienes influyen en la comprensión de los trastornos que presentan prevalencia en la sociedad. Ya que una de las principales problemáticas que surgen en torno de la enfermedad mental es el desconocimiento de la misma. Es aquí donde esta investigación encuentra su fundamento, basado en la necesidad de fomentar espacios que propicien una cultura de tolerancia frente los pacientes y familiares que conviven con el trastorno y padecen los procesos de estigmatización social e internalizada.

Por tal motivo, en la presente investigación se abarcan las tres categorías implícitas en la estigmatización: prejuicio, discriminación y estereotipo; que se presentan mediante fuentes de cultura, tales como los medios de comunicación, la religiosidad y creencias, y la industria farmacéutica. De esta manera, en primera instancia, se plantea como problema de investigación la comprensión de los trastornos mentales desde la perspectiva de la red de apoyo –familiares- y los sujetos directamente implicados –pacientes-; Puesto que las personas con trastornos mentales presentan similitudes en cuanto a los procesos de inclusión social, ya que usualmente son desempleadas, solteras, no tienen amigos cercanos o contacto frecuente con sus familias y tienen pocas actividades recreativas (Tejada, 2016), que convergen en la siguiente pregunta de investigación: ¿De qué manera el constructo social aporta a los significados y a la comprensión de los trastornos mentales de los familiares de pacientes y pacientes internados en los centros de rehabilitación mental Hospital Mental Rudesindo Soto y Clínica de Salud Mental Stella Maris de la ciudad de San José de Cúcuta?

Lo anterior, justificado a partir de la relación establecida socialmente entre los^{vii} conceptos de trastorno mental y sociedad como una dependencia de control, pues las significaciones de las prácticas enajenantes y alienantes que persiguen al enfermo mental han ido conformando su estigma, una marca que trae aparejada actitudes y creencias en mayor parte negativas. (López et al, 2008; citado por Espinoza y Espinoza, 2013). Es así como mediante la metodología de alcance descriptivo y de corte cualitativo fenomenológico, se pretende describir aquellas percepciones que tienen las personas –red de apoyo y pacientes- sobre el trastorno mental, y por consiguiente dimensionar el contexto del paciente que convive con éste; pues el desconocimiento acerca de la temática no sólo en la región, sino a nivel nacional, permite que estos casos en donde se atenta contra la integridad de los pacientes que se ven inmersos en situaciones no favorables. Asimismo, para la recolección de la información se hizo uso de dos instrumentos de corte cualitativo, una prueba de diferencial semántico y un cuestionario.

Para tal efecto, se realizó un recorrido de los conceptos de trastorno mental, la normatividad vigente en lo referente a la salud mental, al igual que el constructo social del trastorno y la influencia de los ambientes de desarrollo del ser humano en la salud mental; ámbito cultural, familiar y personal, mitos que se tejen en torno a la salud mental, medios de comunicación, religiosidad y creencias, estereotipo e industria, estigmatización y realidad científica de los trastornos mentales.

Por último, se presentan los resultados, que dan lugar a las conclusiones basadas en los objetivos propuestos para la investigación; al igual que se exponen algunas recomendaciones, que pretenden dar continuidad a trabajo investigativo, y marcar un precedente en la región en cuanto la fomentación de espacios psicoeducativos que propicien un ambiente de tolerancia frente al trastorno mental y las personas que conviven con éste.

	Pp.
Problema de Investigación	1
Planteamiento del Problema	1
Descripción del Problema	2
Formulación del Problema	5
Justificación	5
Objetivos	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos.	9
Marco Referencial.....	10
Estado del Arte.....	10
Marco Teórico.....	13
Salud mental.....	13
Concepto de salud mental.	14
Paralelo entre salud mental y salud física.	17
Estructuración de la salud mental.	18
Normatividad y legislación colombiana.	18
Trastorno mental.	20
Clasificación de los trastornos mentales.	22
Construcción social de la salud mental.	24
Influencia de los ambientes de desarrollo del ser humano en la salud mental.	25
Ámbito cultural.	27
Ámbito familiar.....	29
Ámbito personal.....	30
Mitos y leyendas en salud mental.	31
Medios de comunicación.	33
Religiosidad y creencias.....	34
Estereotipo e industria.....	34
Estigmatización de los trastornos mentales.	35
Realidad científica de los trastornos mentales.	37
Marco Contextual.....	37
Marco Legal.....	39
Metodología	41
Diseño a Utilizar	41
Población.....	41
Muestra.....	42
Unidades de Análisis y Categorías	43
Procedimiento	44
Limitaciones.....	44

Colaboradores	44
Instrumentos, Protocolos, Forma(s) de Recolección de la Información	45
Prueba de diferencial semántico.	45
Formato de prueba.	46
Cuestionario.	47
Formato de prueba.	48
Validación.	50
Mecanismo de análisis de información recolectada.	51
Resultados	54
Resultados Instrumento I	54
Resultados Instrumento II	65
Análisis y Discusión de Resultados	77
Recursos Utilizados.....	83
Materiales.....	83
Institucionales.	83
Financieros.	83
Conclusiones	84
Recomendaciones.....	85
Referencias Bibliográficas	87
Anexos	99
Anexo 1. Cronograma	99
Anexo 2. Evidencias de Pruebas Aplicadas	100
Anexo 3. Carta Remisora Anteproyecto	104
Anexo 4. Carta Remisora Proyecto Final	105

Pp.

Tabla 1. <i>Dimensiones PAS del IDS Norte de Santander.</i>	20
Tabla 2. <i>Grupos de trastornos mentales codificados en el DSM 5 (2013) y que se corresponden con los del DSM IV (1994).</i>	22
Tabla 3. <i>Cantidad de Participantes en la Investigación</i>	43
Tabla 4. <i>Unidades de análisis y categorías de la investigación</i>	43
Tabla 5. <i>Inclusión en la categoría.</i>	53
Tabla 6. <i>Resultados del Instrumento 1</i>	54
Tabla 7. <i>Resultados del Instrumento 2</i>	65
Tabla 8. <i>Relación de pacientes y familiares</i>	77
Tabla 9. <i>Resumen general de resultados</i>	82

Problema de Investigación

Planteamiento del Problema

Los trastornos mentales desde siempre han sido percibidos de manera distante de la enfermedad física, demarcando una dicotomía entre lo que se ve y puede medirse y lo que se supone que no requiere atención por no saber de qué se trata. Sin embargo, existe relación entre la enfermedad física y una serie de reacciones fisiológicas denominadas "respuesta de estrés", donde se genera un desajuste emocional que provoca esas mismas reacciones que a su vez causan lesiones físicas. (Seyle, 1940, citado por Felicitas, 1995).

La falta de divulgación de información acerca de lo que es la salud mental y sus múltiples formas de afectación facilitan una construcción social equivocada sobre lo que es la enfermedad mental dificultándose su comprensión y la de las personas que la padecen. Es fácil que en un contexto donde el desconocimiento reina se genere una cultura llena ideas erróneas que fundamentan prejuicios y manifestaciones conductuales que fomentan la estigmatización de personas que actúan diferente a la media y que son asociados con desadaptados sociales, criminales, poseídos; adjetivos que en nada se relacionan con el concepto de paciente que convive con el trastorno mental, ya que en éstos se encuentra “fuertemente impregnada de la idea de peligrosidad” (Espinoza y Espinoza, 2013).

A pesar de que la psicología como ciencia ha estado presente desde finales del siglo XIX, cuando “en 1879 Wundt fundó su laboratorio en la Universidad de Leipzig” (Revista Latinoamericana de Psicología, 1979, p. 2), los estudios sobre la estigmatización de los trastornos mentales es un tema que no ha sido abordados desde una perspectiva

social que genere impacto en la población en general –al menos a nivel regional-, y promueva la inclusión de los pacientes a la sociedad; optimizando su adherencia al tratamiento, las redes de apoyo y su funcionalidad, debido a que “el estigma es una de las principales razones que argumentan las personas con enfermedad mental para no acceder a un tratamiento” (Saldivia, Vicente, Kohn, Ríoseco y Torres, 2004; citados por Espinoza y Espinoza, 2013, p. 24).

Descripción del Problema

En Colombia, es común que los medios de comunicación difundan información sobre casos en los que se involucran personas con trastornos mentales sin contextualizar que padece una enfermedad de carácter psíquico, y que por ende no debe ser juzgada sin desglosar la problemática que lo envuelve. De igual manera, tal vez por la búsqueda de explicaciones del porqué de la conducta, la mayoría de veces en casos de delitos graves se sugiere que la persona acusada padece algún trastorno mental. Asociación que además de intentar encontrar una justificación, establece una asociación perversa entre dos conceptos que deberían diferenciarse “delincuente” y “enfermo mental”.

Asimismo, la psicología ha aportado innumerables constructos teóricos que han servido como medio para el mejoramiento de la calidad de vida del ser humano, aun así sus diversas ramas parecen transitar por caminos diferentes. Sin embargo, existen puntos de convergencia, como es el caso del estigma del trastorno mental, que implica a la psicología clínica y social –que se abordan en la presente investigación-.

El estigma promueve la exclusión e implica situaciones de evitación, miedo y desconcierto ante lo que se es ajeno o diferente (Izquierdo, 2015); lo cual involucra

complejos procesos de socialización y comunicación con la persona con una característica disímil.

Al comprender la estigmatización como un proceso que abarca mucho más que la indiferencia y rechazo; es evidente la connotación social que ejerce sobre las personas; siendo así que existe presencia de estigma de forma tácita en situaciones que parecieren no presentarla (Frías et al., 2017).

Del mismo modo, es imprescindible conocer los factores de estigma que se tienen en los escenarios que contemplan al ser humano, para así dilucidar qué produce y qué mantiene las diversas condiciones de exclusión y miedo, sin olvidar la repercusión que tienen los medios de comunicación y las noticias en la construcción de este sistema excluyente (Muñoz, Pérez, Crespo, Guillén e Izquierdo, 2011).

Las situaciones de exclusión se ven reforzadas en los medios de comunicación que tergiversan y estigmatizan la enfermedad mental como un tema de alta peligrosidad, asociando esto a percepciones y arraigos culturales, costumbristas y religiosos (Muñoz et al., 2011), que se evidencian en la forma como se presentan los casos que incluyen a una persona con trastorno mental, en la mayoría de los casos de manera descontextualizada.

De hecho, se suele asociar al trastorno mental con las creencias personales que recaen en explicaciones desde la religión e incluso la superstición, predominantemente en los adultos mayores; lo cual afecta la esfera social y clínica del sujeto que lo padece, pues su dignidad se ve reducida al ser objeto de prejuicios y juzgamientos (Okasha, A. y Okasha, T., 2012), lo cual conlleva al paciente y sus familiares a optar por alternativas al

tratamiento poco ortodoxas que impiden el proceso de recuperación; que recaen en la religión y en la superstición.

De esta manera, la estigmatización del trastorno mental es una construcción social que tiene sus orígenes en la creencia de que sólo la enfermedad fisiológica debe ser atendida, debido a que sus síntomas pueden ser observados y medidos. Esta situación, sumada a la dificultad para acceder a la información referente a la salud mental, fomenta la exclusión de los pacientes que conviven con el trastorno.

En Colombia se han presentado casos en los que pacientes con trastornos mentales se han visto involucrados en situaciones que comprometen su integridad, “relativas a la veracidad y confidencialidad de la información, a las intervenciones en casos de violencia familiar y, muy especialmente, en los casos de internación involuntaria, que constituyen un caso paradigmático de violación de esos deberes, cuando se han considerado los intereses profesionales, familiares o del Estado” (Tealdi, 2008, p. 14) en lugar de tener en cuenta los intereses de los pacientes.

Debido a que los pacientes en ocasiones no poseen redes de apoyo que cooperen con su proceso de recuperación y su adherencia al tratamiento garantizando el restablecimiento de sus derechos, entre ellos la integración a la sociedad; puesto que “las personas con trastornos mentales graves usualmente son desempleadas, solteras, no tienen amigos cercanos o contacto frecuente con sus familias y tienen pocas actividades recreativas (Tejada, 2016), lo que conlleva a que estas personas incluso sean escondidas por sus familias y mantenidas en condiciones inhumanas.

Por lo anterior, se hace necesario profundizar desde una perspectiva psicológica para poder comprender las variables que posibilitan esta problemática en el contexto regional, ya que las investigaciones precedentes abordan este fenómeno de manera estadística sin evidenciar aquellas condiciones de discriminación que siguen presentes en la cotidianidad de los pacientes que conviven con el trastorno mental; como por ejemplo el estudio sobre “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental” – (Posada, Aguilar, Magaña y Gómez, 2003), El Boletín de Salud Mental, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Formulación del Problema

¿De qué manera el constructo social aporta a los significados y a la comprensión de los trastornos mentales de los familiares de pacientes y pacientes internados en los centros de rehabilitación mental Hospital Mental Rudesindo Soto y Clínica de Salud Mental Stella Maris de la ciudad de San José de Cúcuta?

Justificación

Existe una relación establecida socialmente entre los conceptos de trastorno mental y sociedad como una relación de control. “Este control aparece al mismo tiempo como necesario para mantener la seguridad de la sociedad, reducir el riesgo, y con ello resguardar el orden social. Esta relación deja entrever al menos cuatro mecanismos por medio de los cuales se ejerce dicho control” (Espinoza y Espinoza, 2013, p. 100); que son la discriminación, la integración, la exclusión, y la estigmatización, fuertemente impregnados por la idea de peligrosidad.

Frecuentemente se evidencia que el paciente diagnosticado con un trastorno mental es aislado y discriminado, pues “las significaciones de estas prácticas enajenantes y alienantes que persiguen al enfermo o enferma mental han ido conformando su estigma, una marca que trae aparejada actitudes y creencias en mayor parte negativas” (López et al, 2008; citado por Espinoza y Espinoza, 2013).

De esta manera, resultados del estudio nacional de salud mental estiman que un 40,1 % de los encuestados en algún momento de su vida ha padecido alguno o algunos trastornos mentales (Posada et al., 2003). Asimismo, el boletín de salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017) expone que un 22% de la carga total de enfermedades en Latinoamérica proviene de trastornos mentales. Además de esto, existen investigaciones que han trascendido la descripción estadística abordando problemáticas sociales relacionadas a éstas, evidenciando así estudios asociados al maltrato de pacientes con trastornos mentales en las tipologías física, psicológica, económica, sexual y negligencia (Hernández y Escobar, 2004).

Es importante ahondar en las pesquisas que permitan comprender el porqué de estas actitudes y formas de pensamiento contrarias a la tolerancia y que reducen la idea de hombre; por tanto estas investigaciones profundizan en constructos y estructuras de pensamiento que contribuyen a reconocer los factores que generan este tipo de conductas de estigma y discriminación.

Asimismo, esta investigación es conveniente puesto que permite el reconocimiento de los preceptos y percepciones, además de que se establecen las perspectivas en salud mental que se tienen en el contexto regional.

Se pretende recabar datos mediante la aplicación de dos instrumentos de investigación cualitativos, tales como una prueba del diferencial semántico y un cuestionario, los cuales permiten acceder a la concepción que tienen los pacientes y los familiares de los mismos acerca de los trastornos mentales.

Al ser una investigación de alcance descriptivo y de corte cualitativo fenomenológico, su objetivo es precisamente describir aquellas percepciones que tienen las personas –red de apoyo y pacientes- sobre el trastorno mental, y por consiguiente dimensionar el contexto del paciente que convive con éste; pues el desconocimiento acerca de la temática no sólo en la región, sino a nivel nacional, permite que estos casos en donde se atenta contra la integridad de los pacientes que se ven inmersos en situaciones no favorables: homicidios, suicidios, y comportamientos de agresión hacia la población, prácticas percibidas como inadecuadas, aislamiento social, entre otros aspectos, sean abarcados desde una perspectiva clínica que aporte sustento al por qué de este comportamiento sin caer en la estigmatización.

Lo anterior debido a que se evidencia la necesidad de establecer estrategias y políticas públicas que promuevan la promoción de la salud mental, pues existe una falta de sensibilización con respecto a los pacientes con trastorno mental, que sumados a servicios de salud ineficientes decantan en la incidencia y prevalencia del trastorno mental en la población (Campo y Herazo, 2014).

De igual manera, se busca generar conciencia a través de esta investigación, puesto que además de ser excluidos por el trastorno en sí, los pacientes deben enfrentarse a una segunda exclusión, donde se les vulneran sus derechos, pues esta supresión social

“a la que se ven sometidas las personas aquejadas de trastornos mentales suponen no solo una traba social realmente importante (para acceder a puestos de trabajo o para obtener un tratamiento digno), sino que también generan dificultades graves en el ámbito de la vida personal” (Magallares, 2011) por los efectos adversos de su trastorno, ya que en ocasiones se juzgan sus acciones de manera intolerante sin tener en cuenta las condiciones que las provocan; esto es, la sintomatología presente en este tipo de pacientes, que evoluciona de acuerdo a la cronología de la enfermedad. (Mebarak, De Castro, Salamanca y Quintero, 2009).

Por ende, el propósito en primera instancia es identificar el conocimiento que tienen tanto los pacientes, como sus cuidadores –familiares- acerca de los trastornos mentales, lo cual pretende derivar fomentar el respeto hacia las personas que padecen un trastorno mental, que ven obstruido su tratamiento por la estigmatización; sirviendo como base hacia un proceso de tolerancia como fundamento para preservar los derechos y el bienestar de los pacientes que conviven con una patología de índole psíquico.

De este modo, esta investigación genera un beneficio para las personas que conviven con un trastorno mental, puesto que presenta una oportunidad para identificar ideas, concepciones, definiciones, en definitiva construcciones sociales que se han interiorizado frente a la enfermedad mental; lo que posibilita iniciar procesos de reestructuración cognitiva, desmontar ideas erróneas, equivocadas, acerca del conocimiento de la población sobre lo que es y no es la enfermedad mental, con la finalidad de evitar atribuciones equívocas a las causas de la misma, reducir la estigmatización y por ende facilitar cualquier tipo intervención.

Todo lo anterior fundamentado en el ejercicio del profesional de la salud mental, que además de conocer la problemática de los trastornos mentales, debe ir más allá e investigar sobre las consecuencias que acarrea el hecho de padecer un trastorno psíquico, sus variables, y los factores de mantenimiento del mismo; para generar una cultura de tolerancia basada en el conocimiento de la enfermedad, evitando de esta manera la estigmatización del paciente que convive con ésta, marcando un precedente respecto a la construcción social arraigada a los medios de comunicación, la religión, el misticismo y las creencias personales.

Objetivos

Objetivo general.

Describir la construcción social frente al trastorno mental diagnosticado elaborada por los familiares y pacientes internados en los centros de rehabilitación mental Hospital Mental Rudesindo Soto y Clínica de Salud Mental Stella Maris de la ciudad de San José de Cúcuta a través de instrumentos de medición, tales como una prueba del diferencial semántico y un cuestionario para el establecimiento del significado de enfermedad mental que fomente el respeto hacia las personas que conviven con éste.

Objetivos específicos.

Establecer similitudes y diferencias entre las respuestas obtenidas de los participantes con respecto a la enfermedad mental para la construcción de la concepción de la misma en la red de apoyo de los pacientes y los pacientes.

Reconocer los factores asociados a un mayor nivel de estigmatización de los trastornos mentales a través de los resultados obtenidos de la aplicación de los

instrumentos de medición que permita una caracterización del proceso de estigmatización.

Generar categorías de significación del trastorno mental por medio del análisis de resultados que promuevan la diferenciación del constructo social desde los distintos ambientes de desarrollo del ser humano.

Marco Referencial

Estado del Arte

En la región del Norte de Santander las investigaciones que abordan las problemáticas sociales asociadas a salud mental han sido reducidas; sin embargo, existen estudios gubernamentales que sustentan con registros y datos estadísticos los índices de prevalencia de trastornos mentales en el departamento; que han servido de herramienta de análisis social y psicológica, así como medio de alerta para la generación de estrategias tempranas de prevención e intervención; pues los resultados del estudio nacional de salud mental estiman que un 40,1 % de los encuestados en Norte de Santander en algún momento de su vida ha padecido alguno o algunos trastornos mentales (Posada et al., 2003).

Por otro lado, el boletín de salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017) expone que un 22% de la carga total de enfermedades en Latinoamérica proviene de trastornos mentales; de igual forma, detalla que cada dos años la prestación de los servicios en salud mental del departamento de Norte de Santander aumenta un 50 %, evidenciando el aumento de casos asociados a trastornos que han surgido en los últimos años en la región.

A nivel nacional; las investigaciones han trascendido la descripción estadística abordando problemáticas sociales relacionadas a estas, evidenciando así estudios relacionados al maltrato de pacientes con trastornos mentales en las tipologías física, psicológica, económica, sexual y negligencia de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (Hernández y Escobar, 2004); abordando también la percepción del estigma en familiares y pacientes con enfermedad mental de la Clínica La Inmaculada en Bogotá a través de testimonios detallados (Uribe, Mora y Cortés, 2007) y en menor medida, investigaciones bogotanas relacionadas a la educación y generación de políticas organizacionales en los profesionales de la salud que reduzcan la aparición de estigmas (Campo y Herazo, 2013).

En este sentido, las investigaciones anteriormente mencionadas han servido de sustento inicial para estudios de mayor profundidad relacionados a la caracterización de situaciones y teorización en relación al estigma en pacientes con trastorno mental; surgiendo correlacionales directamente proporcionales entre el estigma y el riesgo de suicidio, según la revisión documental de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (Campo y Herazo, 2014); exponiéndose también las barreras que debe enfrentar un paciente con trastorno mental para acceder a los servicios de salud, ante la falta de sensibilización en este campo (Campo, Oviedo y Herazo, 2014) y creándose manuales que explican cómo se da el proceso de estigma y de qué formas y niveles se refleja (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En consecuencia, el común denominador de las investigaciones nacionales ha devengado en la necesidad de establecer estrategias y políticas públicas que promuevan la

promoción de la salud mental, pues los resultados arrojan una falta de sensibilización con respecto a los pacientes con trastorno mental, que sumados a servicios de salud ineficientes decantan en la incidencia y prevalencia del trastorno mental en la población (Campo y Herazo, 2014).

Con relación a investigaciones de orden internacional, la relación del estigma con el trastorno mental se ha abordado desde múltiples perspectivas, pero con resultados similares a pesar de contar en ocasiones con servicios de salud más efectivos, tal es el caso del estudio de orden comparativo realizado en Singapur, donde se contrasta el estigma percibido entre pacientes con trastorno mental y pacientes con problemas cardíacos del Hospital Universitario Nacional, dejando en evidencia que sumado a una asistencia en salud adecuada, el paciente requiere un proceso de inclusión social pues los pacientes con trastorno mental detallaban sensación de rechazo con motivo de su cuadro clínico (Lai, Hong y Chee, 2000); lo cual termina repercutiendo en poca adherencia al tratamiento y la gravedad de los síntomas psiquiátricos, según la revisión documental realizada por psiquiatras canadienses (Livingston y Boyd, 2010).

De igual forma, en Suecia se ha explorado el estigma por asociación en familiares de pacientes con trastorno mental, lo cual ha arrojado una comprensión negativa del diagnóstico de su familiar debido a las circunstancias negativas de orden social a las que se ve expuesto; esto termina por incidir en el recrudecimiento de los síntomas en el paciente ante la situación hostil, implicando que la intervención clínica de tratamiento atañe no solo a pacientes, sino a familiares cercanos al mismo (Östman y Kjellin, 2002).

Siendo así; las investigaciones enunciadas y revisadas permiten una contextualización global del fenómeno de estudio desde lo teórico, metodológico y práctico; pues exponen el concepto de estigma desde un enfoque social y su aplicación en el ámbito clínico con pacientes que viven y conviven con trastorno mental, asimismo, detalla cómo se produce el estigma y las condiciones emocionales, cognitivas y conductuales que lo componen; acompañado con herramientas prácticas y metodológicas para la realización del estudio, la selección de la muestra y los instrumentos de recolección de datos.

Finalmente; la investigación propuesta se reviste de importancia e impacto social debido a la poca exploración que se le ha dado a nivel regional; y a lo que estudios en este campo implican a largo plazo en relación a la connotación social, a la prestación de un servicio de salud más humanizado y a la comprensión del trastorno mental, pues las estadísticas como se ha expuesto con anterioridad aumentan año tras año, mientras desde la academia no se abordan estas problemáticas que silenciosamente absorben el desarrollo adaptativo de los seres humanos, relegándolos a condiciones retrogradas de exclusión social.

Marco Teórico

Salud mental.

La salud mental es un término relativamente nuevo, aun cuando su importancia ha estado presente en todas las épocas del ser humano; por otra parte, la imposibilidad de observar las características de los trastornos ha complicado la credibilidad de los signos y los síntomas; así como ha establecido una amplia brecha entre la interpretación de la

salud mental y la física; por tanto, a continuación se presentan los conceptos que engloban a la salud mental, del mismo modo que se establece un paralelo entre la salud física y la anteriormente nombrada.

Concepto de salud mental.

La salud mental es un término que actualmente se prioriza en las políticas orientadas a la salud pública debido al amplio alcance que los trastornos dan al sentido de enfermedad; es decir, debido a la incidencia de estos en los seres humanos (Restrepo y Jaramillo, 2012; Organización Mundial de la Salud, 2001); lo cual ha generado interés desde los entes gubernamental y sociedades académicas por definirla de una manera clara y concisa, para así permitir su abordaje de forma idónea; sin embargo, lo que ha concebido este anhelo de significado es un constructo polivalente, contextual y holístico (Bertolote, 2008).

En este sentido, para la construcción del concepto es necesario remontarse al origen del mismo; que se da en el siglo XIX con el término “higiene mental” el cual hace referencia a todos los hábitos, actividades y técnicas encaminados a generar estados de satisfacción en el individuo; este término se mantuvo por cerca de un siglo, hasta que la idea de “salud mental” como disciplina se cimentó en el año de 1948; a partir de la creación de la Organización Mundial de la Salud y la Asociación de Salud Mental en Londres; quien desarrolló el primero Congreso Internacional de Salud Mental (Ídem, 2008).

Durante este Congreso se gesta la primera definición de Salud Mental que la propone como una condición sometida a fluctuaciones por diversos factores, que le

permite al sujeto alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, y participar en su entorno social y físico (OMS, 1950; citado por Lopera, 2015); lo cual deja vislumbrar que desde su primer definición el objetivo central abarca observar a la salud mental de forma completa, ligada y codependiente a la salud física.

A partir de esta definición, múltiples enfoques empezaron a desarrollarse en la búsqueda de una definición pertinente y objetiva que permitiera un mejor abordaje de la problemática; postulándose así la concepción biomédica, la conductual, la cognitiva y la socioeconómica; que proyectan los significados de salud mental de forma divergente (Restrepo y Jaramillo, 2012).

Inicialmente, la concepción biomédica (Baker y Menken, 2001, citado por Restrepo y Jaramillo, 2012) se construye desde la rama de la medicina, exponiendo que no existen trastornos, sino enfermedades del cerebro; aduciendo que cualquier afección de orden mental debería poder explicarse en términos biológicos; pretendiendo así observar a la salud mental y física de la misma forma, con tratamientos netamente farmacológicos y físicos; por otro lado, la concepción conductual (Baca, Leal y Vallejo, 2008, citado por Restrepo y Jaramillo, 2012), reduce la salud mental en términos de conducta, lo que implica, que el ser humano mantiene una adecuada salud mental, mientras sea productivo y se ajuste a los contextos dados.

Ahora pues, desde una concepción cognitiva (Beck, 2000, citado por Restrepo y Jaramillo, 2012), se plantea a la salud mental como un proceso no observable que se gesta al interior del cerebro y determina la capacidad para adaptarse racionalmente, a partir de lo que siente, piensa y hace; y finalmente, la concepción socioeconómica

(Organización Panamericana de la Salud, 1984), que observa a la salud mental en términos de derechos y desarrollo; por lo cual, se entiende como un producto de las interacciones sociales y las políticas públicas.

En este sentido, los múltiples enfoques exponen la complejidad que representa definir un constructo inobservable y relativamente reciente, por tanto más allá de hacer necesaria una unificación de criterios respecto a su significado, es pertinente una revisión crítica del término que permita trascender a las múltiples definiciones, así como una forma de replantear la definición que más ampliamente se acepta, pues esta expresa de forma genérica una problemática que abarca pluralidad de esferas en el hombre (Mebarak et al., 2009).

Comprendido lo anterior, y aunque no representa la definición ideal, el concepto de salud mental en términos generalizados más aceptado se refiere a un estado integral de bienestar que abarca el estado físico, mental y social; lo que implica que no solo la ausencia de enfermedad o dolencia implica salud (OMS, 2001).

Ahora, aun cuando no existe una definición que responda de forma adecuada al complejo término de salud mental; sí existen aspectos dimensionales que se corresponden con las concepciones existentes y que permiten concluir cuando esta se encuentra afectada; siendo estos aspectos; el sufrimiento, malestar físico consecuente con dolor y falta de confort; conducta maladaptativa, problemas de adaptación al contexto del individuo asociado a frustración; y pérdida de control, incapacidad de reaccionar asertivamente producto de pensamientos irracionales (Rosenhan y Seligman, 2001, citado por Cárdenas, 2012).

Paralelo entre salud mental y salud física.

La salud física siempre ha formado parte de las preocupaciones del hombre desde la antigüedad, a diferencia de la mental que tan solo de forma reciente es tomada como de interés público; por tanto establecer un paralelo entre ellas resulta fundamental, aun cuando es claro el hecho de que estas son codependientes, pues la reducción en una implica de forma proporcional la reducción de la otra; lo que involucra observar a la salud de forma integral y no dividida (Mebarak et al. 2009).

Entonces, se debe comprender que mientras en la salud física los cambios de esta son medibles, en la salud mental no lo son; sin embargo, en ambas circunstancias existe sintomatología asociada; también, el diagnóstico en lo físico es mucho más rápido y práctico que en lo mental, debido a la imposibilidad de medición exacta en la segunda; lo cual se refleja en el tratamiento generado a partir del mismo (Velázquez, 2013).

En este sentido, se usan diferentes clasificaciones para identificar las patologías en ambos tipos de salud, por una parte la salud física hace uso del CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) que actualmente se halla en su versión 10 y fue revisada en 2016; mientras que la salud mental, utiliza el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) que se halla en su quinta versión y tuvo su más reciente revisión en el 2013.

Por otra parte, la reducción en la salud mental generalmente implica procesos adicionales de segregación y discriminación, producto del desconocimiento que rodea este campo, diferente del físico donde las situaciones de discriminación son debidas a

causas políticas más que sociales (Ídem, 2013). Por esto, la salud mental, requiere de un trato especial que le permita estructurarse en el marco de la inclusión.

En síntesis, la salud mental y la física aunque diferentes en evaluación, diagnóstico e intervención; se relacionan de forma estrecha pues son influyentes entre sí, además de repercutir en los seres humanos de forma amplia y contundente; debido a que ambas permean el estado de homeostasis en el que hombre se encuentra de forma general (González y Landero, 2011).

Estructuración de la salud mental.

Normatividad y legislación colombiana.

En el mundo, los postulados alrededor de la salud mental son amplios y diversos pero el principal ente regulador encargado de estas disposiciones es la Organización Mundial de la Salud, quien ha diseñado la orientación necesaria para el abordaje de la salud mental en los diferentes países; la cual exige a todos los gobiernos tener una política en salud mental aprobada por el nivel más alto del legislativo, con unos objetivos establecidos orientados al abordaje de la salud mental, su intervención y concienciación; así como contar con una estructura interna que la administre y financiación adecuada (OMS, 2001).

De este modo, Colombia asume la generación de políticas en salud mental a partir de los postulados dados por la OMS, respetando los derechos constitucionales y expuestos en la ley; en primera instancia la Nación cuenta con la ley 1616 del 21 de enero de 2013, conocida como la ley de salud mental que se encamina a la promoción de la salud mental, a la prevención de los trastornos mentales y la atención integral e integrada

de quienes los padecen, sin embargo no atañen en ningún momento a políticas de inclusión, por lo cual no superan lo asistencial y someten a quienes conviven con trastornos a posibilidades reducidas.

De igual modo, la ley estatutaria 1751 del año 2015 que replantea la ley 100 de 1993 complementa la anterior al consagrar la salud como un derecho fundamental y no como servicio obligatorio, aunque mantiene el carácter asistencial en salud, sin abordar el principio social; problemática que toca no solo a la salud mental, sino también física; pues no observa al hombre como ser biopsicosocial que es.

Situación que se agrava al tener en cuenta que el Estado en el Plan Nacional de Salud Mental para los años 2014 a 2021; concierne esencialmente a temas relacionados con abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, ansiedad, violencia y depresión, dejando de lado durante siete años a los demás trastornos; asimismo, este plan no expresa campañas en pro de la reducción de la discriminación con respecto a ellos, perpetuando la percepción asistencial de la salud.

Con respecto a Norte de Santander, el Instituto Departamental de Salud, siguiendo los lineamientos fundamentados en el Plan Nacional de Salud Mental, ha desarrollado políticas en salud mental que atañen al tema de consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar, y en menor medida a situaciones de autolesión; en este sentido el Plan de Acción en Salud (PAS) establecido en el año 2016 para el departamento no permea las demás tipologías de trastornos, así como reincide en la concepción asistencialista al no incluir dentro de la tercera dimensión que comprende la “convivencia

social y salud mental” estrategias para la reducción del estigma alrededor de los trastornos mentales y la salud mental.

De igual manera, la construcción de los PAS se realiza de forma dimensional, por lo cual existen diez dimensiones que promueven la salud en Norte de Santander, aunque estas no se relacionan entre sí, y muchas de estas dimensiones se corresponden con la de salud mental aun cuando en el IDS son vistas de forma diferenciada.

Tabla 1. *Dimensiones PAS del IDS Norte de Santander.*

No.	Dimensión
1	Salud Ambiental
2	Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles
3	Convivencia Social y Salud Mental
4	Seguridad Alimentaria y Nutricional
5	Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos
6	Emergencias y Desastres
7	Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles
8	Salud y Ámbito Laboral
9	Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables
10	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria

Elaboración Propia

Por tanto, es deducible que no existen políticas públicas encaminadas de forma directa a la generación de conciencia y reducción del estigma en los habitantes de la región respecto a la salud mental, como se evidencia dentro del programa PAS mencionado anteriormente; a pesar de estar dispuesto por la Organización Mundial de la Salud y encontrarse una propuesta de ajuste a la política de salud mental en el país desde el año 2014 donde se expone la importancia de los determinantes sociales, el reconocimiento de la diversidad, los derechos y la dignidad (Parales, Urrego, Herazo y González, 2014).

Trastorno mental.

A lo largo de la historia el hombre ha aunado esfuerzos por comprender las nociones abstractas e intangibles que atañen al ser humano y que en su invisibilidad logran permear la conducta humana; como es el caso de los trastornos mentales, que se resumen en entidades sin causalidad definida; pero que son observables a través del malestar clínico significativo que representan (Raheb, 2008); es decir, a través de la disfuncionalidad que sus signos y síntomas le generen.

A partir de este interés por lo que no tiene causa, surgen los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales, conocidos también por sus siglas en inglés como DSM; pues existía la necesidad de condensar todas aquellas etiologías inexplicables, que alteraban drásticamente el curso de la vida de las personas que lo padecían.

Ahora pues, de manera general los trastornos mentales en su inicio con el DSM I no contaban con un término claro para su definición, los cuales eran descritos de manera general en el manual con una orientación psicoanalista marcada; para el DSM II, se tomó el modelo médico para la definición del trastorno, lo cual decantó en una concepción marcada por lo medible y observable que no satisfizo a ningún académico; para el DSM III, se presenta un cambio abrupto y se inicia la aceptación de esta en talla mundial, observando al trastorno de forma multiaxial, constructo que prevalece en el DSM IV, y se modifica en el DSM 5 por una perspectiva dimensional (American Psychiatric Association, 1952; Ídem, 1968; Ídem, 1980; Ídem, 1994 e Ídem, 2013).

Por otra parte, la ley 1616 del 2013 define trastorno mental como; una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal

respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida; definición que se corresponde con el carácter dimensional del DSM 5, y que permite darle un carácter contextual a la conducta anormal.

Clasificación de los trastornos mentales.

La creación de los DSM, surge de la necesidad humana por caracterizar y describir lo que desconoce con el fin de aproximarse de alguna forma a su comprensión; de dicha situación se genera la agrupación de diversas afecciones de causalidad desconocida, pero que intervienen y dificultan el desarrollo de la vida de las personas.

Por tal razón, se crean dichos manuales estableciendo una clasificación que ordene los trastornos por las características en común que estos mantienen, pues aunque no exista la causa exacta de ningún trastorno; estos pueden ser asociados por las condiciones en las que se presentan, y el conjunto de expresiones clínicas que los sustentan.

De este modo, se relaciona la clasificación actualizada de los trastornos mentales, junto con la anterior a esta; es decir la clasificación dada para la perspectiva dimensional y la multiaxial.

Tabla 2. *Grupos de trastornos mentales codificados en el DSM 5 (2013) y que se corresponden con los del DSM IV (1994)*

No.	DSM IV	DSM 5
1	Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia	Trastornos del Neurodesarrollo
2	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

3	Subgrupo de Trastornos del Estado de Ánimo (Trastornos bipolares)	Trastornos Bipolares y Trastornos relacionados
4	Subgrupo de Trastornos del Estado de Ánimo (Trastornos depresivos)	Trastornos Depresivos
5	Trastornos de Ansiedad	Trastornos de Ansiedad
6		Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos relacionados
7		Trastornos relacionados con Traumas y Estresores
8	Trastornos Disociativos	Trastornos Disociativos
9	Trastornos Somatomorfos	Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados
	Trastornos de la Conducta Alimentaria	
10	Subgrupo de Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia (Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria en la infancia o la niñez)	Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria
11	Subgrupo de Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia (Trastornos de la Eliminación)	Trastornos de la Eliminación
12	Trastornos del Sueño	Trastornos del Sueño Vigilia
13	Subgrupo de Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual (Disfunciones Sexuales)	Disfunciones Sexuales
14	Subgrupo de Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual (Trastornos de la Identidad de Género)	Disforia de Género
15		Trastornos Perturbadores, del Control de los Impulsos y de Conducta
16	Trastornos Relacionados con Sustancias	Trastornos Relacionados con Sustancias y Adictivos
17	Delirium, Demencia,	Trastornos Neurocognitivos

	Trastornos Amnésicos y otros trastornos cognitivos.	
18	Trastornos de la Personalidad	Trastornos de la Personalidad
	Subgrupo de Trastornos	
19	Sexuales y de la Identidad Sexual (Parafilias)	Trastornos Parafilicos
20		Otros trastornos mentales
21	Trastornos del movimiento	inducidos por la medicación y otros efectos adversos de la medicación
22	<u>Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica</u>	

Apartes tomados de Sandín, 2013

Construcción social de la salud mental.

Etiquetar un fenómeno conductual como patológico es una construcción social, independientemente de que pueda existir un trastorno psicopatológico subyacente (Pacheco, 2010); por lo cual la percepción que la sociedad tenga del trastorno mental conlleva a que se genere estigma o no ante un comportamiento que se interprete como contrario a la realidad en la que se desenvuelve el individuo. Asimismo, se construyen los significados acerca de la salud mental mediante el discurso de los miembros de un colectivo alrededor ésta.

Por lo anterior, la estigmatización está relacionada con el desconocimiento del trastorno mental y la incapacidad de acogida del paciente que lo padece en el grupo social y que se manifiesta a través de la atribución de características negativas, actitudes y conductas de rechazo, marginación y exclusión social. De esta manera, es preciso reconocer que el hecho de que una persona presente síntomas de algún tipo de trastorno, genera una reacción por parte de la sociedad, que al ignorar su etiología, adquiere una postura adversa hacia éste.

De ahí que defienda la visión culturalista del ser humano, porque las respuestas ante los hechos de la vida dependen del significado que se asigna a los distintos

elementos del entorno, de las creencias o de aquello que se da por sentado y que imposibilita su cuestionamiento (Cano, 2009), que conllevan a juzgar aquellas conductas que se consideran opuestas a lo normal, desde la religiosidad y la superstición.

Esta construcción puede iniciar desde la manera en que le dan sentido y significado a los padecimientos emocionales en su vida diaria (Mora, Flores, de Alba, Marroquín, 2003); así una depresión puede definirse como “estar triste”, la ansiedad como “preocupación”. Debido a que antes de recibir atención profesional, ya el individuo –que desconoce su trastorno- le otorga significados desde lo que ya conoce en su cotidianidad. Tal vez porque la salud mental ha sido una de las áreas de la salud más desatendidas en el contexto latinoamericano, al suponer que existen otros padecimientos de índole físico que merecen una atención prioritaria.

Influencia de los ambientes de desarrollo del ser humano en la salud mental.

Las percepciones sobre la salud mental se construyen desde los diferentes ambientes de desarrollo del ser humano, tales como el social, el familiar, e incluso el personal; a pesar de que “la etiqueta diagnóstica que es la base para el posterior estigma, no forma parte de las características definitorias del individuo. No se es esquizofrénico ni obsesivo. El historial clínico no conforma los rasgos identitarios del individuo” (Pacheco, 2010); no obstante, se tiende a creer que una vez que el individuo ha sido diagnosticado, de ahí en adelante va a presentar los síntomas del trastorno de manera permanente y constante; esto en los casos donde por lo menos existe diagnóstico; puesto que es común que se asuma que la persona que en realidad padece una enfermedad mental sea

etiquetada como “poseído”, “loco” o “enfermo” –desde el sentido peyorativo de la palabra-.

Además, “se requiere de un esfuerzo continuado para no reproducir en los nuevos espacios asistenciales las inercias del modelo manicomial, como la exclusión, el estigma, la segregación, la vida tutelada y otras formas de confinamiento que operan tanto en el plano ideológico como en las prácticas sociales de los sistemas expertos y populares”. (Correa, Silva, Belloc y Martínez, 2008, p. 48). Ya que de igual manera la cultura está implícita en los procesos de construcción de los significados de la enfermedad mental, y permea incluso en aquellos espacios clínicos, donde aún con el conocimiento de la causa, no se procura un trato digno y humanizado a los pacientes que conviven con el trastorno mental.

Warner (2006), citado por Correa et. al, (2008) afirma que:

Paradójicamente, el pronóstico de trastornos como la esquizofrenia es más favorable en los contextos no industrializados que en los países de capitalismo avanzado con una diferencia de 2 a 1, respectivamente; esto es: el doble. Existen diferentes hipótesis sobre este fenómeno que inciden en la importancia de los factores sociales, como la mayor tolerancia social, el papel de apoyo de la familia o la mayor facilidad para acceder a un rol productivo formal o informal.

Sin embargo, se debe reflexionar sobre las posibilidades de la etnografía para articular nuevas miradas que permitan la resocialización de las experiencias de los afectados; es decir, los pacientes; aunque la creación de nuevos territorios de escucha que permitan una resocialización de la experiencia de los afectados se convierte en una tarea compleja y, a la vez, desafiante.

La mirada etnográfica es entendida como “la posición epistemológica y también social que posibilita las nuevas narrativas desde un “estar entre” y que, a la vez, ofrece un escenario de recuperación de identidades pérdidas o dañadas o de la invención de otras nuevas”. Es así como los saberes expertos (clínicos) y los populares (sociales) se disponen en una relación simétrica que facilita la desestructuración de interpretaciones individuales que muestran la problemática como un suceso natural desde la perspectiva profesional. (Correa et al., 2008).

Ámbito cultural.

El contexto sociocultural siempre ha de tenerse en cuenta cuando se aborda la temática de la salud mental, debido a que “en psicopatología no se considera trastorno cuando la alteración de la persona se debe a discordia entre dicha persona y su entorno social o cuando el individuo manifiesta un comportamiento alterado como respuesta culturalmente aceptada” (Cano, 2009, p. 21). Esto es, las percepciones sobre la salud mental están estrechamente relacionadas a las costumbres manifestadas en el comportamiento de los sujetos que conforman una sociedad, y no se puede sacar de contexto una conducta para determinar si es o no síntoma de un posible trastorno mental.

Lo anterior, puesto que los procesos de estigmatización emergen desde la discrepancia entre una "identidad social virtual", entendida como las características que debe tener una persona según las normas culturales, y una "identidad social actual", que son los atributos que efectivamente presenta la persona. (Mascayano, Lips, Mena y Manchego, 2015), ya que los seres humanos, por medio del lenguaje, aprenden e internalizan concepciones respecto a aquellas personas con una enfermedad mental, que

luego se transforman en etiquetas con los cuales clasifica y discrimina, que se sustentan en las normas socioculturales establecidas para cada comunidad o grupo social. En el caso particular de las personas con trastornos mentales, estas etiquetas o estereotipos se refieren por lo general a la eventual peligrosidad, debilidad e inutilidad de estos individuos. Lo cual conduce a que se generen actitudes y actos discriminatorios de rechazo u omisión hacia ellos.

Asimismo, parece haber sociedades más tolerantes; aunque tampoco existe claridad en cuánto de esa aparente tolerancia es un fenómeno real, asociado a variables culturales, como la menor diferenciación entre enfermedad física y mental, exigencias funcionales de sociedades menos desarrolladas, atribuciones no médicas de las conductas psicóticas en distintas sociedades o, simplemente a la escasez, diversidad y limitaciones metodológicas de los estudios (López et. al., 2008).

Por otra parte, “la asociación de este complejo de actitudes a personas y grupos concretos tiene lugar a través del denominado «proceso de estigmatización»” (Ídem, 2008, p. 4) que en esencia presume un conjunto de pasos continuos; tales como la distinción, etiquetado e identificación de una determinada diferencia o marca que afecta a un grupo de personas; la relación entre las personas etiquetadas y características negativas, en función de creencias culturales; su consideración como un grupo diferente y aparte: «ellos» frente a «nosotros»; las repercusiones emocionales en quien estigmatiza - miedo, ansiedad, irritación, compasión- y en quien resulta estigmatizado -miedo, ansiedad, vergüenza-; la pérdida de estatus y la discriminación que afecta

consecuentemente a la persona estigmatizada; y la existencia de factores o dimensiones estructurales que tiene que ver en último término con asimetrías de poder (Ídem, 2008).

Ámbito familiar.

En el ámbito familiar el estigma “es una condición en la que se transmite la devaluación social por estar asociado a una persona estigmatizada” (Mascayano et. al., 2015, p. 2). Existe evidencia documentada de los diversos tipos de impacto en las familias de personas que conviven con algún trastorno mental; tales como trastornos del sueño, alteraciones de sus relaciones interpersonales, empobrecimiento de su bienestar y de su calidad de vida. Por lo cual con frecuencia se produce un nivel semejante de aislamiento y exclusión social al que viven los pacientes. A pesar de compartir con el paciente, en un menor grado, la exclusión social y las problemáticas subyacentes al trastorno, en América Latina se ha reportado que los familiares también pueden ser una fuente de prejuicios y actos discriminatorios hacia los pacientes con enfermedad mental.

Por lo tanto, “se debería incluir a los propios pacientes y a sus familiares en la implementación de las intervenciones, para que cumplan un rol de "agentes de cambio" y portadores de un discurso positivo acerca de la enfermedad mental y su recuperación” (Mascayano et. al., 2015, p. 4). Puesto que si un paciente inicia un tratamiento, pero su grupo familiar no es partícipe en el proceso de adherencia al mismo, las posibilidades de que el paciente deje el tratamiento, sea farmacéutico o psicológico, se verán aumentadas; ya que es en este espacio donde el individuo se desenvuelve la mayor parte del tiempo, y en el cual espera la aceptación que en ocasiones no encuentra en la sociedad.

De igual manera, en las familia se encuentra una visión sobre el paciente consiste sobre todo en verlo como a un niño, producto de las limitaciones en sus capacidades por la enfermedad padecida (Uribe et. al, 2007); por lo que la funcionalidad del paciente se ve reducida producto del trato que le dan sus familiares que actúan a su vez como cuidadores, lo que conlleva a que pierda su independencia e incluso su rol en la sociedad.

El estigma alrededor de la enfermedad mental es un fenómeno global y preocupante que implica para el paciente y su familia un sufrimiento adicional al de la enfermedad en sí misma y se relaciona con mayor aislamiento, menor búsqueda de ayuda y menor cumplimiento terapéutico. El juicio moral y el temor a la peligrosidad del paciente son fuentes importantes de la discriminación; Struening et al. (Citado por Uribe et. al, 2007) estudiaron el impacto del estigma percibido en los cuidadores desde la perspectiva de los pacientes como consumidores de servicios y se evidenció que pensaban que el público general devaluaba a los pacientes en un 70% y que se devaluaba la familia en 43%.

Ámbito personal.

En el estigma internalizado, es decir, el que es llevado a cabo por el propio paciente, “las personas con enfermedades mentales incorporan en su proceso de significación personal los estereotipos y prejuicios presentes en la comunidad, los cuales, a su vez, constituyen el estigma público” (Mascayano et. al, 2015). O sea, que el paciente asume aquellas percepciones establecidas tanto por la sociedad como por el grupo familiar y le atribuye cierto grado de veracidad al sentirse identificado con las características negativas que se le han otorgado, generando así el autoestigma.

Lo anterior a causa de que el estigma internalizado se ha relacionado con creencias de desvalorización y discriminación, con disminución de la calidad de vida, la autoestima, la autoeficacia y el agravamiento de los síntomas. Es necesario enfatizar en que actualmente diversas investigaciones han establecido que alrededor del 40% de las personas con trastornos mentales graves presentan altos niveles de autoestigma (Ídem, 2015).

Por lo cual, es posible que el paciente con trastorno mental asuma una posición de resignación ante el diagnóstico al creer que con éste queda marcado socialmente y que incluso si acude a un tratamiento psicológico o farmacológico una vez las personas a su alrededor conozcan su diagnóstico su trato será diferente al considerarlo un enfermo, y más grave cuando se cree que es una enfermedad incurable.

Lo anterior a causa de que en casos de discriminación frente a aquellas condiciones humanas consideradas controlables u otorgadas como responsabilidad personal, el rechazo social suele ser mayor que ante condiciones humanas consideradas incontrolables. Respecto a la enfermedad mental, se ha constatado que “independientemente de la percepción que el público tenga acerca de algún tipo específico de enfermedad mental, el rechazo social suele ser mayor ante aquellos individuos con trastornos psiquiátricos que están relacionados con una mayor responsabilidad personal, sensación de peligrosidad y rareza conductual” (Ídem, 2015, p. 3).

Mitos y leyendas en salud mental.

El desconocimiento del origen de los trastornos mentales ha favorecido la aparición de mitos y tabúes de toda índole. Aún se tiene la idea de que la génesis del trastorno mental es una posesión maligna. Puesto que los primeros informes en occidente sobre problemas de salud mental los se encuentran en la literatura sagrada (Salaverry, 2012); así se evidencia que desde la antigüedad a la enfermedad mental se le ha adjudicado un origen sobrenatural, atribuyendo este fenómeno como un castigo de los dioses o a la posesión de demonios.

De igual manera se piensa que una vez se ha sido diagnosticado con un trastorno mental no hay vuelta atrás, por lo cual no se recurre a un tratamiento de índole profesional, lo que “puede conllevar ciertas desventajas con respecto a los procesos de recuperación y obviamente aumentar la estigmatización de las personas” (Kinderman, 2014, citado por Tortella-Feliu et. al., 2016, p. 3); debido a algunas creencias tanto del paciente como de los familiares fundadas en la falta de conocimiento sobre la salud mental y los trastornos psicológicos.

Asimismo, se suele asociar la enfermedad mental con características negativas; como por ejemplo la peligrosidad que puede representar un paciente con trastorno mental, la crítica al considerarlo incapaz de superar una situación, pues al no considerar la enfermedad mental como tal, se ve reducida a una actitud propia de la persona que podría ser modificada si éste “pusiera de su parte” (Ídem, 2016).

Por último, “el actual concepto de trastorno mental como condición duradera que generalmente está marcado por importantes discapacidades de funcionamiento personal y social” (León, 2005, p. 36) es un indicio del pensamiento que tiene la sociedad sobre esta

problemática, y que debe contrastarse con el concepto profesional que se tiene amparado la nueva edición del DSM; de otra manera no será posible avanzar en cuanto a la calidad de vida de paciente y cuidadores si no se tiene en cuenta esta variable.

Medios de comunicación.

El constructo social de la enfermedad mental está relacionado en gran medida con los medios de comunicación que le atribuyen estereotipos negativos y prejuicios que conllevan a la discriminación, puesto que actúan como agentes estigmatizadores que influyen en la sociedad. Por tal razón, para comprender el factor de mantenimiento de la estigmatización de los pacientes que conviven con el trastorno mental se debe remitir a la participación de los medios masivos de comunicación. (Múñoz et. al, 2011).

La responsabilidad de los medios de comunicación en la perpetuación de las conductas discriminatorias es evidente en el contexto colombiano; sin embargo se debe tener en cuenta que lo que se emite a través de éstos puede ser un reflejo de la realidad social del país (Cutcliffe y Hannigan, 2001; citado por Múñoz et. al., 2011). Es decir, los medios responden a los requerimientos de los receptores de la información, transmitiendo las noticias que a la gente le gusta leer o ver, y con un lenguaje que sea atractivo para el público.

Por su parte, según Mena et. al. (2010):

Un análisis de 20.000 diálogos de 1.371 programas de televisión en Estados Unidos concluyó que la descripción que aparecía de las personas con enfermedad mental era de "temidos, rehuidos, causantes de vergüenza y castigados". El 70% de los personajes con enfermedad mental era violento. La violencia y el castigo se mostraban como inherentes a la enfermedad en sí e ineludibles.

Por lo cual, la representación de los trastornos mentales y, por ende de los pacientes que los padecen, carecen de información científica que ayude a comprender el trasfondo de la enfermedad; lo cual no permite que las personas entiendan que es posible que una persona sea funcional en la sociedad aun cuando ha sido diagnosticado; puesto que por lo general se resaltan los efectos adversos del trastorno como los comportamientos que se perciben como contrarios a lo normalmente esperado.

Religiosidad y creencias.

A lo largo de la historia las enfermedades mentales han sido terreno de las concepciones mágicas y religiosas, cuestionando si de hecho si se trata de una enfermedad, ya que se les atribuye un origen espiritual diabólico en la antigüedad, y en la actualidad, a un origen social y económico. (León, 2005). Los primeros médicos babilónicos ya consideraban como posesiones demoníacas y las combatían como tales.

En la actualidad existen estudios que relacionan la religión con la salud mental, llegando incluso a afirmar que “la asistencia a prácticas religiosas parece amortiguar los efectos del estrés sobre la salud mental” (Williams y otros, 1991; citado por Pereyra, 2011); por lo que se evidencia que existe un arraigo respecto a las creencias religiosas y la espiritualidad, y su influencia directa en el estado emocional de los pacientes con trastornos mentales.

Estereotipo e industria.

La farmacología en los pacientes con trastorno mental atraviesa por una problemática dicotómica; puesto que existe “la relación, antagónica y contradictoria, que surge entre las propuestas de una comprensión biopsicosocial de la salud mental y la

actual utilización generalizada del psicofármaco” (Galende, 2008). Esto debido a la evolución del concepto de trastorno mental y las alternativas de abordarlo.

Desde la intervención psicológica permite que el paciente asuma, sin síntomas, los cambios de sus deseos y de su existir junto a los demás; mientras que los psicofármacos alivian y silencian los efectos que suelen acompañar al conflicto que se evidencian en el malestar del sujeto –angustia, ansiedad, insomnio, depresión-. Por esta razón para la mayoría de los pacientes y sus familiares o cuidadores “resulta tentadora la solución del medicamento para los dolores del malestar subjetivo”, esto es, consideran que en caso de ser diagnosticado con un trastorno mental, su solución inmediata es la medicación, que lo exime de cualquier esfuerzo y responsabilidad de su malestar (Ídem, 2008, p. 3).

Sin embargo, existe el tratamiento combinado (TC) que incluye tanto la intervención psicológica como la farmacológica; de igual manera existen criterios de aplicación del TC que permiten reconocer sus modos de combinación según las diferentes fases del tratamiento. Esto debido a que “gracias a la medicación, algunos pacientes pueden ser más tratables psicoterapéuticamente y, viceversa, la psicoterapia puede favorecer la aceptación y adherencia a los tratamientos farmacológicos o tolerar sus efectos adversos” (Garay, Fabrissin y Etchevers, 2008). Por lo que se debe dejar de pensar en el fármaco como solucionador del problema que implica el trastorno y reconocer que existen factores biopsicosociales que influyen en la presencia de síntomas de un trastorno mental.

Estigmatización de los trastornos mentales.

Respecto al estigma proveniente de los servicios de salud, es interesante destacar que juega un rol esencial en la generación de nuevas actitudes estigmatizadoras, y se posiciona, además, como un agente cuya autoridad tiende a perpetuar los procesos de estigmatización por medio del poder social que representa. Por lo antedicho, actualmente el estigma hacia la enfermedad mental es una prioridad dentro de la salud pública mundial, razón por la cual se justifica y se requiere de una inversión contundente tanto por parte de las autoridades como de la comunidad en conjunto.

Se debe tener en cuenta que “el estigma se manifiesta en tres niveles de orden emocional, cognitivo y conductual” (Ottati, Bodenhausen y Newman, 2004; citado por Muñoz et. al., 2011). Asimismo, los estereotipos son creencias aprendidas de la representación generalizada sobre las características de un grupo social –en este caso, los pacientes que conviven con el trastorno mental-.

Según Crespo, Muñoz, Pérez-Santos y Guillén, (2008; citado por Muñoz et. al., 2011) “en el caso de la enfermedad mental, los estereotipos más habituales se refieren a la peligrosidad, violencia, impredecibilidad y debilidad de carácter, además de la responsabilidad sobre la enfermedad y la incompetencia para tareas básicas como el autocuidado”. De igual manera, en el momento en que estos estereotipos afectan las emociones de las personas que los aplican se empieza a hablar de prejuicios.

Por ende, cuando en una sociedad existen prejuicios basados en estereotipos que conducen a la discriminación de la enfermedad mental, los pacientes que lo padecen se encuentran en una desventaja social que genera una reducción en la calidad de vida de

éstos; puesto que esto los puede privar de oportunidades laborales, educativas e incluso afectivas (Corrigan, 2005; Thornicroft, 2006; citado por Muñoz et. al., 2011).

Realidad científica de los trastornos mentales.

Los trastornos mentales son abordados actualmente desde una perspectiva corporativa con lo referente a los protocolos y manuales establecidos por la Asociación Americana de Psicología (APA); puesto que el constructo social de las problemáticas en salud está siendo reemplazado por la construcción corporativa de la enfermedad (Moynihan et. al. 2002; citado por Stolkiner, 2013); es decir, se conoce los síntomas del trastorno mental, no porque así lo viva el paciente, ni porque así lo perciban sus cuidadores, sino porque esa sintomatología debe ajustarse a los estándares en salud mental y encajar en uno de tanto que ofrece el catálogo de del DSM en su versión más actual.

De acuerdo al DSM 5 (Citado por Medrano 2014) el trastorno mental “es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (p. 3). Sin embargo, esta concepción de la enfermedad mental es sólo en el ámbito profesional, la sociedad en general no tiene conocimiento científico que le permita visualizar el trastorno mental como tal, sino que de acuerdo a cómo lo vivencia y/o lo percibe le da una atribución sea de índole espiritual o religioso; por lo que es común que se reemplace al terapeuta o psiquiatra por un médium o espiritistas.

Marco Contextual

Existen dos formas complementarias de abordar el estigma; por un lado se encuentra la perspectiva sociológica que enuncia cinco componentes que convergen y desarrollan el proceso de estigma (Link y Phelan, 2001; citado por Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009) que son; las etiquetas de diferenciación humana, la aplicación de estereotipos, la separación del grupo social, la pérdida de estatus y la discriminación, que al darse en una situación componen el estigma.

Por otro lado; se encuentran los modelos psicosociales que establecen que el estigma se compone de tres elementos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011); el estereotipo, que se da desde lo cognitivo y genera creencias negativas sobre un grupo, el prejuicio, relacionado con las emociones que se dan en conformidad con las creencias, y la discriminación, asociado a la conducta ejecutada que se da en respuesta al prejuicio. Por lo tanto, la investigación abarca los modelos sociológicos y de la psicología social asociados a los trastornos mentales de orden clínico.

En este sentido; la investigación se enmarca en la ciudad de San José de Cúcuta del departamento de Norte de Santander en Colombia, con los pacientes y la red de apoyo de los mismos que padecen trastornos mentales, que son atendidos en el Hospital Mental Rudesindo Soto y la Clínica Stella Maris, los cuales son centros de atención terapéutica para pacientes con trastornos mentales; que hayan solicitado atención en alguna de las instituciones durante el primer semestre del año 2018.

La aplicación de los instrumentos será ejecutada en un lugar sin interrupciones de tipo sonoro o visual; que se determina previo consentimiento y arreglo con los participantes; sumado a lo anterior el participante puede ser cualquier paciente con algún

trastorno mental o miembro de la red de apoyo del paciente, que tenga entre 18 y 60 años de edad, sin importar su sexo, nivel de escolaridad o cualquier otra variable sociodemográfica; siendo de carácter descriptivo busca ahondar en las percepciones de estigma de los participantes con respecto a la enfermedad mental.

Siendo así; la institución Hospital Mental Rudesindo Soto se ubica en la calle 22 con avenida 19B del barrio Santander, siendo una entidad especializada de segundo nivel de carácter público; fundada en 1940, pero con funcionamiento desde el año 1942; ofreciendo en la actualidad servicios de urgencias, hospitalización, promoción y prevención, atención a la drogadicción y programas de salud mental en infancia, adolescencia y adulto mayor; con una capacidad de atención en modalidad parcial y total de 107 camas (Hospital Mental Rudesindo Soto, 2018).

Por otro lado, la Clínica Stella Maris presta sus servicios en la calle 14 número 1-55 del barrio La Playa, como una entidad de carácter privado ofreciendo espacios de hospitalización y consulta externa con una amplia capacidad de atención; que fue fundada y se encuentra en operación desde el año 2008 (Clínica Stella Maris información de red social Facebook, 2018).

Marco Legal

La investigación se enmarca en las normas legales establecidas para la República de Colombia en materia de salud y salud mental; así como las normas para el ejercicio de la profesión de la psicología; en ese orden de ideas; se abarcan las siguientes leyes.

En primera medida abarca la ley 1616 del 21 de enero de 2013, que busca garantizar el derecho a la salud mental de la población colombiana; de este modo esta se

cobija en la ley 1751 de 2015, que garantiza el derecho fundamental a la salud, ya sea física o mental; y la regula y establece sus mecanismos de protección; que sumado a la ley 100 de 1993, que crea el sistema de seguridad social integral; permiten la prestación de los servicios de salud mental en todos los rincones del país, a nivel público subsidiado y privado.

Estas leyes permean el nivel asistencial de la salud mental, pues abarcan a los pacientes que padecen trastornos mentales; por otra parte, en lo relacionado a promoción y prevención, la ley 1616 del 2013 establece en su título tres, al Ministerio de Salud como responsable de esta labor, apoyado de Ministerios como el de Educación y Trabajo; para que ejerzan y aúnen esfuerzos en pro de la salud mental.

De este modo, el Ministerio de Salud delega a los Institutos Departamentales de Salud esta labor de promoción y prevención de la salud mental, que se da a través de la ejecución de los Planes de Acción en Salud, los cuales son auditados por la Superintendencia Nacional de Salud.

Por otra parte, el Congreso de la República en el año 2009 establece la ley 1306 que tiene por objeto proteger a las personas con discapacidad mental y establecer un sistema de representación para los mismos; con el fin de asegurar el cumplimiento de sus derechos constitucionales y dotarlos de condiciones penales especiales; en concordancia con esta, surge en 2011 la ley 1482, que modifica el código penal estableciendo sanciones a las situaciones de discriminación de cualquier índole, entre las que se encuentra presentar una condición de discapacidad mental; estas dos leyes, aunque no se relacionan directamente con el mejoramiento de la salud mental, permiten entrever la intervención

del estado y su interés por generar una sociedad en condiciones equitativas y sin estigmas.

Ahora, en lo que concierne a la profesión de la Psicología, la norma que rige el correcto desarrollo de las funciones del mismo; es la ley 1090 de 2006; también conocida como el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo; en este código en su capítulo siete, se dictan las disposiciones que regulan el desarrollo de investigaciones científicas y las publicaciones; las cuales para el desarrollo de este trabajo son respetadas a cabalidad.

Metodología

Diseño a Utilizar

Investigación de alcance descriptivo (Scharager, 2001) debido a que no busca la manipulación de ninguna variable; sino observar las respuestas de la población con respecto al estigma asociado al trastorno mental, permitiendo especificar las características del constructo social de enfermedad mental que han interiorizado los pacientes y su red de apoyo; por otro lado es de enfoque cualitativo de tipo fenomenológico; pues busca hacer una descripción y análisis de un fenómeno social en su estado natural, a través de los significados dados por la población que lo vivencia.

Población

Adultos, entre los 18 y 70 años que solicitan atención médica y presentan un diagnóstico de trastorno mental, y adultos entre los 18 y 70 años que configuran la red de apoyo de las personas que solicitan atención médica; en el Hospital Mental Rudesindo Soto o Clínica Stella Maris, que estén hospitalizados entre el 15 y el 18 de mayo de 2018 en la ciudad de San José de Cúcuta.

No es posible establecer un número exacto en la población, debido a que la misma fluctúa día a día, además pedir este tipo de información a las instituciones infringe la política de protección de datos personales; por otro lado, la participación por parte de los pacientes es posible mientras no presenten episodios o crisis durante la semana de aplicación, asimismo debe existir voluntad por parte del mismo para ser incluido. Con respecto a la red de apoyo, al igual como sucede en los pacientes su número es cambiante con cada día de visita.

Muestra

La muestra se da por medio del muestreo conocido como por conveniencia, siendo un muestreo no probabilístico que “permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (Otzen y Manterola, 2017, p. 230); que para la presente investigación serían los pacientes y red de apoyo de los mismos que se encuentren en las instituciones de salud al momento de la aplicación.

De este modo, al realizar la aplicación durante los días 15, 16, 17 y 18 de mayo de 2018 en los horarios establecidos de visita por el Hospital Mental Rudesindo Soto y la Clínica de Salud Mental Stella Maris; siendo estos de 4:00 p.m. a 5:00 p.m. para el Hospital y de 2:30 p.m. a 3:30 p.m. en el caso de la Clínica; se obtuvo una participación de 3 pacientes y 11 familiares en las instalaciones del Hospital -14 participantes-, y de 5 pacientes y 7 familiares al interior de la Clínica – 12 participantes-; para un total de 26 participantes voluntarios.

Tabla 3. *Cantidad de Participantes en la Investigación*

Participantes Voluntarios			
Institución	Hospital Mental Rudesindo Soto	Clínica Stella Maris	
Pacientes que participan	3	5	
Familiares de Pacientes que participan	11	7	Total de Participantes
Subtotal de participantes	14	12	26

Elaboración propia.

Unidades de Análisis y Categorías

Al ser una investigación de orden descriptivo cualitativo, no se hace necesaria, ni prudente la generación de hipótesis; por tanto se establecen las unidades de análisis y categorías para la presente investigación; que se enmarca en la percepción de los pacientes con trastorno mental y la red de apoyo de los mismos acerca de los trastornos mentales; más concretamente a la estigmatización de estos.

Tabla 4. *Unidades de análisis y categorías de la investigación*

Número	Unidad de Análisis	Categoría
1		Estereotipo
2	Estigmatización	Prejuicio
3		Discriminación
4		Medios de Comunicación
5	Fuente Cultural Asociada al Estigma	Creencias y Religiosidad
6		Industria Farmacéutica
7		Estereotipo
8	Autoestigma	Prejuicio
9		Discriminación

Elaboración propia.

Procedimiento

La investigación abarcó seis fases; en primera medida se desarrolló la fase de búsqueda bibliográfica que se basó en indagar diferentes fuentes para a partir de allí pasar a la fase dos, que consistió en la elaboración del marco teórico.

Al superar la construcción teórica surgieron los objetivos que se delimitaron en la fase tres; después en la fase cuatro se identificaron y construyeron los instrumentos a utilizar; sumado a la fase cinco que abarcó la selección de la población y la muestra; para finalmente abordar la fase seis que consistió en la recolección de los datos, su posterior análisis y conclusión.

Limitaciones

Las posibles dificultades que se presentan para el desarrollo de la investigación se relacionan con el acceso a la población; pues por una parte las organizaciones Hospital Mental Rudesindo Soto y Clínica Stella Maris; deben aprobar la aplicación de los instrumentos de recolección a los pacientes y su red de apoyo al interior de la institución; por otro lado, la población que allí se encuentre debe estar dispuesta a participar de forma voluntaria y encontrarse de acuerdo con el horizonte de la investigación debido a las circunstancias del fenómeno a estudiar.

Colaboradores

Ph. D. Gloria Esperanza Martínez, semillero de investigación y tutora.

Personal asistencial de la Clínica de la Salud Mental Stella Maris y Hospital Mental Rudesindo Soto.

Instrumentos, Protocolos, Forma(s) de Recolección de la Información

Para llevar a cabo el proceso de recolección de información se hace uso de dos instrumentos que son; una prueba de diferencial semántico y un cuestionario; el primero es útil en la construcción de significados y la caracterización de los mismos, mientras que el segundo expone el pensamiento y comportamiento del participante ante circunstancias y situaciones específicas.

La utilización de estos instrumentos se basa en el interés por investigar el significado y la comprensión de los trastornos mentales, donde los resultados puedan ser observados de una forma objetiva aun cuando estos son generados desde la subjetividad de los participantes; por tal motivo, en la búsqueda de aplicaciones que no generen situaciones de victimización, incomodidad y desagrado, se utilizan instrumentos donde el participante puede completar por sí mismo los diferentes reactivos, asimismo se utilizan situaciones hipotéticas para evitar que el sujeto sienta vulnerada su intimidad.

En ese orden de ideas, considerar el uso de estos instrumentos y no otros como la entrevista permite la descripción de forma natural y sin sesgos, impidiendo situaciones de victimización debido a la temática investigada, así como se evita la acumulación y volumen de datos que no enriquecen o no se relacionan con el proceso investigativo.

Prueba de diferencial semántico.

Diseño de prueba basado en la técnica de Semántica Diferencial de Osgood (Osgood, 1964; citado por Pérez, Arango y Branch, 2008) que consiste en la generación de una escala bipolar que permita la caracterización del estigma en los trastornos mentales por parte de la población abordada.

Esta prueba se concentra en la percepción o constructo social que tiene un individuo, cuando se le pide que aprecie un concepto en términos de un conjunto de dimensiones; las cuales pueden presentar distintos niveles; al igual que las escalas tipo Likert.

Para la construcción de esta prueba se tuvieron presentes tres categorías que son; el estereotipo, el prejuicio y la discriminación; su utilización permite el acceso a las respuestas de forma natural, tranquila y empática; por otra parte, las relaciones bipolares establecidas en el instrumento provienen de las descripciones cualitativas encontradas en investigaciones anteriores que utilizaron entrevistas como medio de recolección, las cuales se documentan a lo largo del marco teórico; dichas apreciaciones recolectadas fueron reducidas a través de un análisis hermenéutico a adjetivos bipolares, que permiten establecer el significado de trastorno mental por los participantes de una forma rápida y objetiva.

Formato de prueba.

Datos personales:

Sujeto: No. _____

Edad: _____ Años _____ Meses

Sexo: _____ Masculino _____ Femenino

Lugar de Residencia Habitual: _____

Institución a la que asiste con su familiar: _____ *HMRS* _____ *CSM*

Trastorno que padece el familiar: _____

Escribe abajo lo que te indiquen

- Lo que el participante debe escribir en la hoja es “Una persona con trastorno mental es”.-

A continuación determinará qué tan próximo se encuentra lo que escribió a las siguientes palabras; marcando con una “X” el grado de proximidad y relación que

considere hay entre lo escrito y los significados propuestos. Siendo tres lo más próximo posible al significado y cero ninguna relación con los dos significados.

Ejemplo ilustrativo

Escribe abajo lo que te indiquen
 SOL .

<i>Significado</i>	<i>3</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>Significado</i>
<i>Frío</i>							X	<i>Caliente</i>
<i>Oscuro</i>							X	<i>Brillante</i>

Significado	3	2	1	0	1	2	3	Significado
Bueno								Malo
Hermoso								Feo
Agradable								Desagradable
Valioso								Sin valor
Moral								Inmoral
Alegre								Triste
Abierto								Cerrado
No Agresivo								Agresivo
Fuerte								Débil
Bendición								Castigo
Seguro								Peligroso
Activo								Pasivo
Pulcro								Mugriento
Virtuoso								Pecador
Valioso								Despreciable

Cuestionario.

Este consiste en un conjunto de preguntas de diferentes tipos; que se prepara de manera sistemática y minuciosa; sobre los aspectos a investigar; donde el fin es obtener las respuestas puntuales a los reactivos planteados (García, 2003).

De este modo, se busca recabar información a través del contacto directo con los participantes; que permita ahondar en las percepciones de estos a través de la aplicación de reactivos situacionales; que son reunidos a través de una escala tipo Likert para su

análisis, la aplicación del instrumento se enmarca en una entrevista no estructurada (Díaz, Torruco, Martínez y Varela, 2013) para generar un espacio de empatía que permita respuestas confiables y no automatice el proceso de aplicación y diligenciamiento; ejecutada en un lugar sin distractores visuales o auditivos.

Siendo así, para la construcción del cuestionario se tuvo en cuenta el Cuestionario de Atribución 27 de origen español que busca exponer las actitudes, efectos y conductas relacionadas a una persona hipotética que padece una enfermedad mental; el cual se encuentra validado en países con situaciones socioeconómicas similares a las colombianas, como Perú (Bolívar y Villanueva, 2017); de igual forma, se hace uso del proceso de validación por pares para otorgar mayor confiabilidad al instrumento.

Ahora, la prueba se basa en el Cuestionario de Atribución pero tiene objetivos diferentes en cuanto a la medición del fenómeno, debido a que el instrumento original mide nueve factores que atañen múltiples constructos, por tal razón, se decide utilizar los que se corresponden con la investigación actual y reformular o eliminar los que tienen una finalidad diferente; asimismo el planteamiento situacional es reinventado con el objetivo de contextualizarlo a la región y orientarlo al análisis de la investigación.

Sumado a lo anterior, la forma de análisis se realiza a partir de una categorización diferente a la establecida en el cuestionario original; pues se pretende describir el fenómeno a través de cada participante.

Formato de prueba.

Basado en Cuestionario de Atribución 27 (AQ-27) (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan y Kubiak, 2003)

Datos personales:

Sujeto: No. _____

8	Si fuera un empresario, entrevistaría a la persona para un trabajo								
9	Estaría dispuesto a hablar con la persona acerca de su problema.								
10	Si tuviera un carro y trabajaran en la misma empresa, ¿llevaría a la persona todos los días hasta el trabajo?								
11	¿Estaría dispuesto a ayudar a la persona?								
12	¿Obligaría a la persona a ponerse en tratamiento médico, incluso si él no quiere?								
13	Si viera en las noticias que la persona cometió algún delito, ¿le sorprendería?								
14	Si le dijeran que la persona atacó a una señora una vez porque una voz se lo ordenó; ¿pensaría que inevitablemente lo hará de nuevo? Tenga en cuenta que actualmente se encuentra tomando cumplidamente la medicación.								
15	¿Sentiría que el trabajo que desarrolla la persona en la firma de construcción es fácil y no requiere mucho esfuerzo?								
16	¿De qué sexo imagina que es la persona?	Hombre			Mujer				

Validación.

El proceso de validación de los instrumentos se hará por medio de la validación por pares (Guevara, Hincapié, Jackman, Herrera y Caballero, 2008); la cual es una herramienta de valoración crítica que permite medir la confiabilidad y validez de los instrumentos de evaluación y de las investigaciones; para tal fin se entregan los formatos del instrumento y su protocolo de aplicación y tabulación a dos profesionales certificados en el área de la psicología social y clínica, los cuales hacen revisión del instrumento, generando modificaciones y observaciones para posteriormente expresar su visto bueno.

Se usa este método de validación puesto que la ejecución de una prueba piloto afectaría los resultados, ya que la población a abordar en relación al fenómeno es reducida.

El proceso de validación por pares se lleva a cabo por los siguientes profesionales con experiencia en el área clínica y social, se adjunta ubicación actual y número de contacto.

Psicóloga Especialista Lilian Zulmeira Villamizar Jaimes – Área Clínica – 316 7551956 – Bogotá, Cundinamarca.

Psicólogo Jairo Alberto Vera Villamizar – Área Social – 310 7638977 – Teorama, Norte de Santander.

Psicóloga Xiomara Camila Rincón Contreras – Área Social – 311 8634631 – Cúcuta, Norte de Santander.

Mecanismo de análisis de información recolectada.

La información recolectada se analiza por medio de la codificación de los resultados obtenidos en la aplicación de las pruebas; a través de las unidades de análisis estipuladas para tal fin que son los componentes del estigma y autoestigma, es decir; el estereotipo, el prejuicio y la discriminación; asimismo, se tiene presente la fuente cultural asociada al estigma pudiendo ser esta; los medios de comunicación, la religiosidad y las creencias y la industria farmacéutica; las cuales se dividen en diferentes categorías y ofrece las perspectivas necesarias para analizar el fenómeno y contrastarlo con la teoría recabada. Lo cual se lleva a cabo con la ayuda de matrices de análisis de datos de elaboración propia; para determinar la incidencia en cada una de las categorías diseñadas.

La presentación de resultados se hace de forma individual para cada prueba y participante basados en la técnica de análisis de contenido propuesta por Coffey y Atkinson (2003) que son; acercamiento, establecimiento de unidades de análisis, establecimiento de unidades de contexto, codificación de los datos, categorización de los datos e interpretación y análisis de datos; posteriormente se cruza la información para generar un análisis más puntual de los datos obtenidos; a su vez que reduce los errores de interpretación al hacer uso de dos pruebas. A partir de allí se establecen las conclusiones generales de la investigación y las respuestas que prevalecen e inciden en el fenómeno.

De este modo, para considerar al ítem como parte de alguna categoría, en la primera prueba el participante debe puntuar con 1, 2 o 3 las opciones de la derecha, en caso de puntuar con 0, o usar los dígitos 1, 2 o 3 de la izquierda la respuesta no se corresponderá con ninguna categoría; en la segunda prueba, los ítems corresponderán a la categoría sí el participante utiliza los dígitos 4, 5, 6, 7, 8 o 9 para puntuar cada situación de los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 14 y 15, en caso de utilizar los números 1, 2 o 3 no se tendrán en cuenta dentro de la categoría; caso contrario ocurre en los ítems 8, 9, 10, 11 y 13, donde la utilización de los dígitos 1, 2, 3, 4, 5 o 6 para puntuar indican la aparición de la categoría; mientras que el uso de 7, 8 o 9 la excluyen.

Cabe aclarar que el uso de numeración para la aplicación de las pruebas en ningún caso indica enfoque cuantitativo, pues es usado netamente como una estrategia de codificación de información con mayor objetividad y efectividad, que excluye la información superficial para centrarse en la de interés para la investigación; además los

resultados se presentan de forma individual para cada participante y no como mero resultado estadístico o porcentual.

Tabla 5. *Inclusión en la categoría.*

Número	Unidad de Análisis	Categoría	Ítems relacionados	
			Prueba 1	Prueba 2
1	Estigmatización	Estereotipo	1 – 2 – 4 – 10 – 13	3 – 5 – 6 – 7 – 14
2		Prejuicio	3 – 9 – 11 – 14 – 15	1 – 2 – 4 – 13 – 15
3		Discriminación	5 – 6 – 7 – 8 – 12	8 – 9 – 10 – 11 – 12
4	Fuente Cultural Asociada al Estigma	Medios de Comunicación	Ningún ítem	13 – 14
5		Creencias y Religiosidad	10 – 14	3 – 7
6		Industria Farmacéutica	Ningún ítem	5 – 12
7	Autoestigma	Estereotipo	1 – 2 – 4 – 10 – 13	Ningún ítem
8		Prejuicio	3 – 9 – 11 – 14 – 15	Ningún Ítem
9		Discriminación	5 – 6 – 7 – 8 – 12	Ningún ítem

Elaboración propia.

Resultados

Resultados Instrumento I

Tabla 6. *Resultados del Instrumento I*

No.	Paren.	Edad	Sexo	Inst.	T.M.	Ítems del Instrumento 1														
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Fam.	39	F	HM	Dep.	0	1d	3d	3i	3i	3d	3i	3d	3i						
2	PC	20	M	HM	SP	3d	1d	1d	2d	2d	1d	3d	3i	2d	2d	2d	2d	1d	2i	3i
3	Fam.	58	M	HM	NS	2i	2i	1i	3i	3i	3d	2i	2d	3i	2i	2i	3i	1i	2i	3i
4	Fam.	32	F	HM	TAB	3d	3d	3d	3d	0	3d	3d	3d	3i	0	3d	3d	0	0	0
5	Fam.	39	F	HM	Dep.	3d	3d	3d	3d	3d	3d	3d	3d	3d	0	3d	2i	0	0	0
6	Fam.	45	F	HM	Dep.	3d	3d	3d	3d	3d	3d	3i	3d	3d	0	3d	3i	0	0	0
7	PC.	52	F	HM	TAB	3d	3d	3d	0	0	3d	3i	3i	3i						
8	Fam.	46	M	HM	NS	3d	3d	3d	3d	0	3d	0	1i	2d	0	0	2i	2i	0	0
9	Fam.	43	F	HM	SP	2d	2d	2d	2i	2i	2d	0	3d	2d	2i	2d	2d	2d	0	2i
10	Fam.	58	F	HM	E	1d	1i	2d	3d	0	1d	0	1i	1d	1i	1i	1d	1i	1i	1i
11	Fam.	66	F	HM	NS	3i	3d	3d	3i	0	3d	0	3i	3d	3i	3i	3d	3i	3i	3i
12	Fam.	38	F	HM	NS	1d	0	1d	2d	2i	2i	2i	2i	2d	2i	2i	2d	2i	2i	2i
13	Fam.	51	M	HM	NS	2d	2d	3d	3i	0	2d	1i	3i	2d	2i	2i	2i	3i	0	2i
14	PC.	18	M	HM	SP	1i	1i	1i	1i	1i	1i	1i	1i	1i	1i	1i	1i	1i	1i	1i
15	PC.	33	F	CS	TAB	2i	2i	2d	2i	2i	2d	2i	2d	2d	2i	2d	2d	0	1i	2i
16	PC.	32	M	CS	TS	3d	0	0	3i	0	3d	3d	1d	0	0	0	0	0	0	3i
17	PC.	18	M	CS	E	2d	3d	2i	1i	1i	1d	1d	1i	3i	3i	2d	1d	2i	1d	3i
18	PC.	42	F	CS	E	3i	0	0	0	1i	3i									
19	PC.	29	F	CS	Dep.	1i	0	1d	3i	0	2i	1d	1i	3i	2i	1i	1i	2i	0	2i
20	Fam.	27	F	CS	Esq.	3i	3i	3i	3i	0	0	0	0	3i	0	0	0	3i	0	3i
21	Fam.	33	F	CS	TSE	3d	0	2d	3i	0	3d	0	2d	3d	0	2d	0	0	0	0
22	Fam.	70	F	CS	TAB	1i	2i	2i	3i	3i	3i	2i	2d	2i	3i	1i	1i	3i	3i	2i
23	Fam.	18	F	CS	E	3d	3d	1d	0	0	0	0	0	0	0	1i	0	0	0	0
24	Fam.	28	M	CS	NS	3i	3i	1i	3i	3i	3d	3d	3i	3d	3i	3d	3d	3i	1i	3i
25	Fam.	24	M	CS	TAB	2d	0	3d	3d	1d	3d	3d	3d	3d	0	3d	3i	0	3d	2d
26	Fam.	34	M	CS	TAB	1i	2i	2d	2i	2i	2i									

Convenciones: Inst. es Institución, T.M. es Trastorno Mental, HM es Hospital Mental Rudesindo Soto, CS es Clínica Stella Maris, TAB es Trastorno Afectivo Bipolar, TS es Trastorno relacionado al Sueño, Dep. es Depresión, SP es Consumo de Sustancias Psicoactivas, M es Masculino, F es Femenino. Paren. es Parentesco, Fa es Familiar, PC es Paciente, E es percepción del Trastorno que se cita en los resultados individuales y Esq. es esquizoafectivo, d es respuestas a la derecha de la prueba e i respuestas a la izquierda de la prueba.

A partir de la tabla anterior se forma el resultado individual de cada participante el cual expresa el significado dado a trastorno mental, asimismo, se expone la pertenencia a

las diversas unidades de análisis y categorías según corresponda y se contraste con los resultados.

Sujeto 1:

Participante mujer de 39 años de edad, refiere ser familiar de un paciente con depresión hospitalizado en el Hospital Mental Rudesindo Soto, expresa que una persona con trastorno mental es un poco fea, muy desagradable, muy triste y muy agresiva.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta los tres niveles de generación de estigma en sus resultados, pues presenta patrones estereotipados, respuestas enmarcadas en prejuicios y aportes discriminatorios.

Sujeto 2:

Participante hombre de 20 años de edad, paciente hospitalizado por consumo de sustancias psicoactivas en el Hospital Mental Rudesindo Soto expresa que una persona con trastorno mental es muy mala, un poco fea, un poco desagradable, sin valor, inmoral, un poco triste, muy cerrada, débil, castigada por una fuerza superior, peligrosa, pasiva y un poco mugrienta.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta los tres niveles de generación de autoestigma en sus resultados, pues presenta diversos patrones estereotipados, amplias respuestas enmarcadas en prejuicios y aportes discriminatorios recurrentes. Por otro lado, presenta una fuente de generación del estigma albergada en sus creencias y religiosidad.

Sujeto 3:

Participante hombre de 58 años de edad, familiar de paciente con un trastorno que desconoce hospitalizado en el Hospital Mental Rudesindo Soto expresa que una persona con trastorno mental es muy triste y agresiva.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta un solo nivel de generación de estigma en sus resultados, asociado a la discriminación de personas con trastorno, al resultarles tristes y agresivas.

Sujeto 4:

Participante mujer de 32 años de edad, familiar de paciente con trastorno afectivo bipolar hospitalizado en el Hospital Mental Rudesindo Soto expresa que una persona con trastorno mental es muy mala, muy fea, muy desagradable, con muy poco valor, muy triste, muy cerrada, muy agresiva, muy peligrosa y muy pasiva.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta los tres niveles de generación de estigma en sus resultados, pues presenta elevados patrones estereotipados, respuestas enmarcadas en prejuicios y múltiples aportes discriminatorios.

Sujeto 5:

Participante mujer de 39 años de edad, familiar de paciente con depresión hospitalizado en el Hospital Mental Rudesindo Soto expresa que una persona con trastorno mental es muy mala, muy fea, muy desagradable, con muy poco valor, muy inmoral, muy triste, muy cerrada, muy agresiva, muy débil y muy peligrosa.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta los tres niveles de generación de estigma en sus resultados, pues

presenta elevados patrones estereotipados, respuestas enmarcadas en prejuicios y múltiples aportes discriminatorios.

Sujeto 6:

Participante mujer de 45 años de edad, familiar de paciente con depresión hospitalizado en el Hospital Mental Rudesindo Soto expresa que una persona con trastorno mental es muy mala, muy fea, muy desagradable, con muy poco valor, muy inmoral, muy triste, muy agresiva, muy débil y muy peligrosa.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta los tres niveles de generación de estigma en sus resultados, pues presenta elevados patrones estereotipados, respuestas enmarcadas en prejuicios y múltiples aportes discriminatorios.

Sujeto 7:

Participante mujer de 52 años de edad, paciente hospitalizado por trastorno afectivo bipolar en el Hospital Mental Rudesindo Soto expresa que una persona con trastorno mental es muy mala, muy fea, muy desagradable, muy triste, muy cerrada, muy agresiva, muy débil, castigada por una fuerza superior, muy peligrosa y muy pasiva.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta los tres niveles de generación de autoestigma en sus resultados, pues presenta diversos patrones estereotipados, amplias respuestas enmarcadas en prejuicios y aportes discriminatorios recurrentes. Por otro lado, presenta una fuente de generación del estigma albergada en sus creencias y religiosidad.

Sujeto 8:

Participante hombre de 46 años de edad, familiar de paciente con un trastorno que desconoce hospitalizado en el Hospital Mental Rudesindo Soto expresa que una persona con trastorno mental es muy mala, muy fea, muy desagradable, con muy poco valor, muy triste y débil.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta los tres niveles de generación de estigma en sus resultados, pues presenta patrones estereotipados, respuestas enmarcadas en prejuicios y aportes discriminatorios.

Sujeto 9:

Participante mujer de 43 años de edad, familiar de paciente hospitalizado por consumo de sustancias psicoactivas en el Hospital Mental Rudesindo Soto expresa que una persona con trastorno mental es mala, fea, desagradable, triste, muy agresiva, débil, peligrosa, pasiva y mugrienta.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta los tres niveles de generación de estigma en sus resultados, pues presenta patrones estereotipados, respuestas enmarcadas en prejuicios y aportes discriminatorios.

Sujeto 10:

Participante mujer de 58 años de edad, familiar de paciente con “problemas de la cabeza” hospitalizado en el Hospital Mental Rudesindo Soto expresa que una persona con

trastorno mental es un poco mala, desagradable, con muy poco valor, un poco triste, un poco débil y un poco pasiva.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta los tres niveles de generación de estigma en sus resultados, pues presenta patrones estereotipados, respuestas enmarcadas en prejuicios y aportes discriminatorios.

Sujeto 11:

Participante mujer de 66 años de edad, familiar de paciente con un trastorno que desconoce hospitalizado en el Hospital Mental Rudesindo Soto expresa que una persona con trastorno mental es muy fea, muy desagradable, muy triste, muy débil y muy pasiva.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta los tres niveles de generación de estigma en sus resultados, pues presenta patrones estereotipados, respuestas enmarcadas en prejuicios y aportes discriminatorios.

Sujeto 12:

Participante mujer de 38 años de edad, familiar de paciente con un trastorno que desconoce hospitalizado en el Hospital Mental Rudesindo Soto expresa que una persona con trastorno mental es un poco mala, un poco desagradable, sin valor, débil y pasiva.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta los tres niveles de generación de estigma en sus resultados, pues presenta patrones estereotipados, respuestas enmarcadas en prejuicios y aportes discriminatorios.

Sujeto 13:

Participante hombre de 51 años de edad, familiar de paciente con un trastorno que desconoce hospitalizado en el Hospital Mental Rudesindo Soto expresa que una persona con trastorno mental es mala, fea, muy desagradable, triste y débil.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta los tres niveles de generación de estigma en sus resultados, pues presenta patrones estereotipados, respuestas enmarcadas en prejuicios y aportes discriminatorios.

Sujeto 14:

Participante hombre de 18 años de edad, paciente hospitalizado por consumo de sustancias psicoactivas en el Hospital Mental Rudesindo Soto expresa que una persona con trastorno mental es alguien dotado de características humanas normales, pues no expresó significados estigmatizadores alrededor de una persona con enfermedad mental.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante no presenta ningún nivel de generación de autoestigma en sus resultados.

Sujeto 15:

Participante mujer de 33 años de edad, paciente hospitalizada por trastorno afectivo bipolar en la Clínica Stella Maris expresa que una persona con trastorno mental es desagradable, triste, agresiva, débil, peligrosa y pasiva.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta dos niveles de generación de autoestigma en sus resultados, pues

presenta amplias respuestas enmarcadas en prejuicios y aportes discriminatorios recurrentes.

Sujeto 16:

Participante hombre de 32 años de edad, paciente hospitalizado por trastorno del sueño en la Clínica Stella Maris expresa que una persona con trastorno mental es muy mala, muy triste y muy cerrada.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta dos niveles de generación de autoestigma en sus resultados, pues presenta patrones estereotipados y aportes discriminatorios.

Sujeto 17:

Participante hombre de 18 años de edad, paciente hospitalizado según refiere por insomnio en la Clínica Stella Maris expresa que una persona con trastorno mental es mala, muy fea, un poco triste, un poco cerrada, peligrosa, un poco pasiva y un poco pecadora.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta los tres niveles de generación de autoestigma en sus resultados, pues presenta diversos patrones estereotipados, amplias respuestas enmarcadas en prejuicios y aportes discriminatorios recurrentes. Por otro lado, presenta una fuente de generación del estigma albergada en sus creencias y religiosidad.

Sujeto 18:

Participante mujer de 42 años de edad, paciente hospitalizada según refiere por trastorno bipolar depresivo moderado en la Clínica Stella Maris expresa que una persona

con trastorno mental es alguien dotado de características humanas normales y positivas, pues no expresó significados estigmatizadores alrededor de una persona con enfermedad mental.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante no presenta ningún nivel de generación de autoestigma en sus resultados.

Sujeto 19:

Participante mujer de 29 años de edad, paciente hospitalizada por depresión en la Clínica Stella Maris expresa que una persona con trastorno mental es un poco desagradable y un poco cerrada.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta dos niveles de generación de autoestigma en sus resultados aunque de forma reducida, pues presenta una respuesta enmarcada en prejuicios y un aporte discriminatorio.

Sujeto 20:

Participante mujer de 27 años de edad, familiar de paciente con trastorno esquizoafectivo hospitalizado en la Clínica Stella Maris expresa que una persona con trastorno mental es alguien dotado de características humanas normales y positivas, pues no expresó significados estigmatizadores alrededor de una persona con enfermedad mental.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante no presenta ningún nivel de generación de estigma en sus resultados.

Sujeto 21:

Participante mujer de 33 años de edad, refiere ser familiar de paciente con trastorno del sueño, ansiedad e irritabilidad hospitalizado en la Clínica Stella Maris expresa que una persona con trastorno mental es muy mala, desagradable, muy triste, agresiva, muy débil y peligrosa.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta los tres niveles de generación de estigma en sus resultados, pues presenta patrones estereotipados, respuestas enmarcadas en prejuicios y aportes discriminatorios.

Sujeto 22:

Participante mujer de 70 años de edad, refiere ser familiar de paciente con trastorno afectivo bipolar hospitalizado en la Clínica Stella Maris expresa que una persona con trastorno mental es agresiva.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta un nivel de generación de estigma en sus resultados, pues presenta un aporte discriminatorio asociado a conductas agresivas.

Sujeto 23:

Participante mujer de 18 años de edad, refiere ser familiar de paciente con trastorno bipolar depresivo moderado hospitalizado en la Clínica Stella Maris expresa que una persona con trastorno mental es muy mala, muy fea y un poco desagradable.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta dos niveles de generación de estigma en sus resultados, pues

presenta patrones estereotipados y respuestas enmarcadas en prejuicios, aunque no presenta aportes de tipo discriminatorio.

Sujeto 24:

Participante hombre de 28 años de edad, familiar de paciente con trastorno que desconoce hospitalizado en la Clínica Stella Maris expresa que una persona con trastorno mental es muy triste, muy cerrada, muy débil, muy peligrosa y muy pasiva.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta dos niveles de generación de estigma en sus resultados, pues presenta respuestas enmarcadas en prejuicios y aportes discriminatorios.

Sujeto 25:

Participante hombre de 24 años de edad, familiar de paciente con trastorno afectivo bipolar hospitalizado en la Clínica Stella Maris expresa que una persona con trastorno mental es mala, muy desagradable, con muy poco valor, un poco inmoral, muy triste, muy cerrada, muy agresiva, muy débil, muy peligrosa, muy pecadora y despreciable.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta los tres niveles de generación de estigma en sus resultados, pues presenta altos patrones estereotipados, múltiples respuestas enmarcadas en prejuicios y diversos aportes discriminatorios. Por otro lado, presenta una fuente de generación del estigma albergada en sus creencias y religiosidad.

Sujeto 26:

Participante hombre de 34 años de edad, familiar de paciente con trastorno afectivo bipolar hospitalizado en la Clínica Stella Maris expresa que una persona con trastorno mental es pasiva.

En este sentido y en contraste con las categorías diseñadas se evidencia que el participante presenta un nivel de generación de estigma en sus resultados, pues presenta un aporte discriminatorio respecto a la conducta de una persona con enfermedad mental.

Resultados Instrumento II

Tabla 7. Resultados del Instrumento 2

No	Paren.	Edad	Sexo	Inst.	T.M.	Ítems del Instrumento 2															
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Fam.	39	F	HM	Dep.	5	1	1	1	1	1	1	9	9	9	9	9	1	1	1	H
3	Fam.	58	M	HM	NS	5	5	1	1	1	2	1	9	9	4	9	2	5	2	2	H
4	Fam.	32	F	HM	TAB	4	4	1	4	4	4	1	4	6	6	8	8	4	4	4	M
5	Fam.	39	F	HM	Dep.	5	3	1	1	1	1	8	5	9	9	9	5	1	1	8	H
6	Fam.	45	F	HM	Dep.	9	3	1	3	8	4	1	2	6	3	8	8	8	8	9	M
8	Fam.	46	M	HM	NS	7	6	3	1	6	6	5	6	7	6	6	6	3	7	6	M
9	Fam.	43	F	HM	SP	9	9	8	8	9	8	7	4	7	5	8	9	3	6	6	H
10	Fam.	58	F	HM	E	1	1	1	1	9	1	9	1	9	9	9	9	9	9	9	H
11	Fam.	66	F	HM	NS	9	1	1	1	9	5	5	1	9	9	9	9	9	9	1	M
12	Fam.	38	F	HM	NS	1	1	2	2	7	1	7	9	9	9	9	9	9	1	9	H
13	Fam.	51	M	HM	NS	2	1	5	1	1	1	9	7	9	8	9	7	8	9	7	H
20	Fam.	27	F	CS	Esq.	1	1	1	3	1	3	3	7	7	7	9	3	5	1	4	M
21	Fam.	33	F	CS	TSE	9	7	6	6	8	9	6	8	5	6	8	9	9	7	8	H
22	Fam.	70	F	CS	TAB	1	1	1	2	2	1	8	7	8	9	9	8	1	7	1	M
23	Fam.	18	F	CS	E	4	1	1	1	3	2	1	5	9	8	9	1	5	2	2	M
24	Fam.	28	M	CS	NS	1	1	1	1	3	2	1	2	9	9	9	9	8	9	9	H
25	Fam.	24	M	CS	TAB	5	1	1	4	6	4	9	4	9	4	9	1	1	9	1	H
26	Fam.	34	M	CS	TAB	1	1	1	1	7	1	1	8	9	9	9	1	9	1	5	M

Convenciones: Inst. es Institución, T.M. es Trastorno Mental, HM es Hospital Mental Rudesindo Soto, CS es Clínica Stella Maris, TAB es Trastorno Afectivo Bipolar, TS es Trastorno relacionado al Sueño, Dep. es Depresión, SP es Consumo de Sustancias Psicoactivas, M es Masculino, F es Femenino. Paren. es Parentesco, Fa es Familiar, PC es Paciente.

A partir de la tabla anterior se forma el resultado individual de cada participante el cual expresa la comprensión del trastorno mental en situaciones vivenciales, asimismo, se

expone la pertenencia a las diversas unidades de análisis y categorías según corresponda y se contraste con los resultados.

Sujeto 1:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de prejuicio y discriminación; pues por un lado expone presentar un poco de inseguridad ante el contacto con un paciente con trastorno mental, asimismo considera que encontrarse con noticias donde un paciente ha cometido un delito no es algo sorprendente; finalmente, en cuanto a la categoría discriminación considera que internar a un paciente contra su voluntad en un hospital mental no es algo grave.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta confianza en los medios de comunicación ante noticias de pacientes y creencias arraigadas a partir de la industrialización y el control farmacéutico que le impiden comprender al paciente como sujeto con posibilidad de elección.

Sujeto 3:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de prejuicio y discriminación; pues por un lado expone presentar inseguridad y miedo ante el contacto con un paciente con trastorno mental, asimismo considera que encontrarse con noticias donde un paciente ha cometido un delito no es algo sorprendente; finalmente, en cuanto a la categoría discriminación el participante prefiere evitar encontrarse en el mismo espacio con el sujeto con enfermedad mental.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta confianza en los medios de comunicación ante noticias de pacientes.

Sujeto 4:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de estereotipo, prejuicio y discriminación; debido a que considera a los pacientes como seres sin habilidades sociales que deberían estar internados por la seguridad de todos y que posiblemente reinciden en las faltas que cometen; por otro lado expone presentar un poco de inseguridad, miedo e irritación ante el contacto con un paciente con trastorno mental, asimismo considera que encontrarse con noticias donde un paciente ha cometido un delito no es algo sorprendente, además considera que el paciente en caso de trabajar, solo lo haría realizando actividades fáciles de ejecutar; finalmente, en cuanto a la categoría discriminación considera que internar a un paciente contra su voluntad en un hospital mental no es algo grave, del mismo modo, expresa preferir evitar entrar en contacto con él en cualquier ámbito de desarrollo social.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta confianza en los medios de comunicación ante noticias de pacientes y creencias arraigadas a partir de la industrialización y el control farmacéutico que le impiden comprender al paciente como sujeto con posibilidad de elección y adaptativo.

Sujeto 5:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de estereotipo, prejuicio y discriminación; debido a que considera que los pacientes se encuentran en su situación debido a la participación de fuerzas superiores; por otro lado expone presentar un poco de inseguridad ante el contacto con un paciente con trastorno mental, asimismo considera que encontrarse con

noticias donde un paciente ha cometido un delito no es algo sorprendente, además considera que el paciente en caso de trabajar, solo lo haría realizando actividades fáciles de ejecutar; finalmente, en cuanto a la categoría discriminación considera que internar a un paciente contra su voluntad en un hospital mental no es algo grave, del mismo modo, expresa preferir evitar trabajar con alguien que padezca un trastorno mental.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta confianza en los medios de comunicación ante noticias de pacientes, creencias arraigadas a partir de la industrialización y el control farmacéutico que le impiden comprender al paciente como sujeto con posibilidad de elección, y mantiene percepciones de tipo religioso respecto al origen y generación del trastorno mental.

Sujeto 6:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de estereotipo, prejuicio y discriminación; debido a que considera a los pacientes como seres sin habilidades sociales que deberían estar internados por la seguridad de todos y que posiblemente reinciden en las faltas que cometen; por otro lado expone presentar mucha sensación de inseguridad ante el contacto con un paciente con trastorno mental, asimismo considera que el paciente en caso de trabajar, solo lo haría realizando actividades fáciles de ejecutar; finalmente, en cuanto a la categoría discriminación considera que internar a un paciente contra su voluntad en un hospital mental no es algo grave, del mismo modo, expresa preferir evitar entrar en contacto con él en cualquier ámbito de desarrollo social.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta confianza en los medios de comunicación ante noticias de pacientes y creencias arraigadas a partir de la industrialización y el control farmacéutico que le impiden comprender al paciente como sujeto con posibilidad de elección y adaptativo.

Sujeto 8:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de estereotipo, prejuicio y discriminación; debido a que considera a los pacientes como seres sin habilidades sociales que deberían estar internados por la seguridad de todos pues reinciden en sus faltas y se encuentran en su situación debido a fuerzas superiores; por otro lado expone presentar mucha sensación de inseguridad y miedo ante el contacto con un paciente con trastorno mental, asimismo considera que encontrarse con noticias donde un paciente ha cometido un delito no es algo sorprendente, además considera que el paciente en caso de trabajar, solo lo haría realizando actividades fáciles de ejecutar; finalmente, en cuanto a la categoría discriminación considera que internar a un paciente contra su voluntad en un hospital mental no es algo grave, del mismo modo, expresa preferir evitar entrar en contacto con él en cualquier ámbito de desarrollo social.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta confianza en los medios de comunicación ante noticias de pacientes, creencias arraigadas a partir de la industrialización y el control farmacéutico que le impiden comprender al paciente como sujeto con posibilidad de elección, y mantiene percepciones de tipo religioso respecto al origen y generación del trastorno mental.

Sujeto 9:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de estereotipo, prejuicio y discriminación; debido a que considera a los pacientes como seres sin habilidades sociales que deberían estar internados por la seguridad de todos pues reinciden en sus faltas y se encuentran en su situación debido a fuerzas superiores y su propia culpa; por otro lado expone presentar sensación de inseguridad, miedo e irritación ante el contacto con un paciente con trastorno mental, asimismo considera que encontrarse con noticias donde un paciente ha cometido un delito no es algo sorprendente, además considera que el paciente en caso de trabajar, solo lo haría realizando actividades fáciles de ejecutar; finalmente, en cuanto a la categoría discriminación considera que internar a un paciente contra su voluntad en un hospital mental no es algo grave, del mismo modo, expresa preferir evitar entrar en contacto con él en cualquier ámbito de desarrollo social.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta confianza en los medios de comunicación ante noticias de pacientes, creencias arraigadas a partir de la industrialización y el control farmacéutico que le impiden comprender al paciente como sujeto con posibilidad de elección, y mantiene percepciones de tipo religioso respecto al origen y generación del trastorno mental.

Sujeto 10:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de estereotipo, prejuicio y discriminación; debido a que considera que los pacientes deberían estar internados por la seguridad de todos pues

reinciden en sus faltas y se encuentran en su situación debido a fuerzas superiores; por otro lado considera que el paciente en caso de trabajar, solo lo haría realizando actividades fáciles de ejecutar; finalmente, en cuanto a la categoría discriminación considera que internar a un paciente contra su voluntad en un hospital mental no es algo grave, del mismo modo, expresa preferir evitar entrar en contacto en el ámbito laboral con pacientes diagnosticados con trastorno mental.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta confianza en los medios de comunicación ante noticias de pacientes, creencias arraigadas a partir de la industrialización y el control farmacéutico que le impiden comprender al paciente como sujeto con posibilidad de elección, y mantiene percepciones de tipo religioso respecto al origen y generación del trastorno mental.

Sujeto 11:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de estereotipo, prejuicio y discriminación; debido a que considera a los pacientes como seres sin habilidades sociales que deberían estar internados por la seguridad de todos pues reinciden en sus faltas y se encuentran en su situación debido a fuerzas superiores; por otro lado expone presentar sensación de inseguridad ante el contacto con un paciente con trastorno mental, asimismo considera que el paciente en caso de trabajar, solo lo haría realizando actividades fáciles de ejecutar; finalmente, en cuanto a la categoría discriminación considera que internar a un paciente contra su voluntad en un hospital mental no es algo grave.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta confianza en los medios de comunicación ante noticias de pacientes, creencias arraigadas a partir de la industrialización y el control farmacéutico que le impiden comprender al paciente como sujeto con posibilidad de elección, y mantiene percepciones de tipo religioso respecto al origen y generación del trastorno mental.

Sujeto 12:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de estereotipo, prejuicio y discriminación; debido a que considera que los pacientes deberían estar internados por la seguridad de todos y se encuentran en su situación debido a fuerzas superiores; por otro lado considera que el paciente en caso de trabajar, solo lo haría realizando actividades fáciles de ejecutar; finalmente, en cuanto a la categoría discriminación considera que internar a un paciente contra su voluntad en un hospital mental no es algo grave.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta creencias arraigadas a partir de la industrialización y el control farmacéutico que le impiden comprender al paciente como sujeto con posibilidad de elección, y mantiene percepciones de tipo religioso respecto al origen y generación del trastorno mental.

Sujeto 13:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de estereotipo, prejuicio y discriminación; debido a que piensa que los pacientes reinciden en las faltas que cometen y se encuentran en su situación debido a fuerzas superiores y su propia culpa; por otro lado considera que el

paciente en caso de trabajar, solo lo haría realizando actividades fáciles de ejecutar; finalmente, en cuanto a la categoría discriminación considera que internar a un paciente contra su voluntad en un hospital mental no es algo grave.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta confianza en los medios de comunicación ante noticias de pacientes, creencias arraigadas a partir de la industrialización y el control farmacéutico que le impiden comprender al paciente como sujeto con posibilidad de elección, y mantiene percepciones de tipo religioso respecto al origen y generación del trastorno mental.

Sujeto 20:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en la categoría de prejuicio; debido a que considera que encontrarse con noticias donde un paciente ha cometido un delito no es algo sorprendente, además siente que tal vez el paciente en caso de trabajar, solo lo haría realizando actividades fáciles de ejecutar.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta un poco de confianza en los medios de comunicación ante noticias de pacientes.

Sujeto 21:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de estereotipo, prejuicio y discriminación; debido a que considera a los pacientes como seres sin habilidades sociales que deberían estar internados por la seguridad de todos pues reinciden en sus faltas y se encuentran en su situación debido a fuerzas superiores y su propia culpa; por otro lado expone presentar

mucha sensación de inseguridad, miedo e irritación ante el contacto con un paciente con trastorno mental, asimismo considera que el paciente en caso de trabajar, solo lo haría realizando actividades fáciles de ejecutar; finalmente, en cuanto a la categoría discriminación considera que internar a un paciente contra su voluntad en un hospital mental no es algo grave, del mismo modo, expresa preferir evitar entrar en contacto con él en cualquier ámbito de desarrollo social.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta confianza en los medios de comunicación ante noticias de pacientes, creencias arraigadas a partir de la industrialización y el control farmacéutico que le impiden comprender al paciente como sujeto con posibilidad de elección, y mantiene percepciones de tipo religioso respecto al origen y generación del trastorno mental.

Sujeto 22:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de estereotipo, prejuicio y discriminación; debido a que considera que los pacientes reinciden en sus faltas y se encuentran en su situación debido a fuerzas superiores; por otro lado considera que encontrarse con noticias donde un paciente ha cometido un delito no es algo sorprendente; finalmente, en cuanto a la categoría discriminación considera que internar a un paciente contra su voluntad en un hospital mental no es algo grave.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta confianza en los medios de comunicación ante noticias de pacientes, creencias arraigadas a partir de la industrialización y el control farmacéutico que le impiden

comprender al paciente como sujeto con posibilidad de elección, y mantiene percepciones de tipo religioso respecto al origen y generación del trastorno mental.

Sujeto 23:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de prejuicio y discriminación; debido a que expone presentar sensación de inseguridad ante el contacto con un paciente con trastorno mental, asimismo considera que encontrarse con noticias donde un paciente ha cometido un delito no es algo sorprendente; finalmente, en cuanto a la categoría discriminación expresa preferir evitar entrar en contacto con él en el ámbito laboral.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta confianza en los medios de comunicación ante noticias de pacientes.

Sujeto 24:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de estereotipo, prejuicio y discriminación; debido a que considera que los pacientes reinciden en sus faltas; por otro lado considera que el paciente en caso de trabajar, solo lo haría realizando actividades fáciles de ejecutar; finalmente, en cuanto a la categoría discriminación considera que internar a un paciente contra su voluntad en un hospital mental no es algo grave, del mismo modo, expresa preferir evitar entrar en contacto con él en el ámbito laboral.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta confianza en los medios de comunicación ante noticias de pacientes y creencias

arraigadas a partir de la industrialización y el control farmacéutico que le impiden comprender al paciente como sujeto con posibilidad de elección.

Sujeto 25:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de estereotipo, prejuicio y discriminación; debido a que considera a los pacientes como seres sin habilidades sociales que deberían estar internados por la seguridad de todos pues reinciden en sus faltas y se encuentran en su situación debido a fuerzas superiores; por otro lado expone presentar mucha sensación de inseguridad e irritación ante el contacto con un paciente con trastorno mental, asimismo considera que encontrarse con noticias donde un paciente ha cometido un delito no es algo sorprendente; finalmente, en cuanto a la categoría discriminación expresa preferir evitar entrar en contacto con él en cualquier ámbito de desarrollo social, llegando incluso a la exclusión social.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta confianza en los medios de comunicación ante noticias de pacientes, creencias arraigadas a partir de la industrialización y el control farmacéutico que le impiden comprender al paciente como sujeto con posibilidad de elección, y mantiene percepciones de tipo religioso respecto al origen y generación del trastorno mental.

Sujeto 26:

El participante a través del cuestionario situacional expresa posibles momentos de estigmatización en las categorías de estereotipo y prejuicio; debido a que considera que los pacientes deberían estar internados por la seguridad de todos; por otro lado considera

que el paciente en caso de trabajar, solo lo haría realizando actividades fáciles de ejecutar.

Ahora, en relación a la fuente cultural asociada con el estigma, el participante presenta creencias arraigadas a partir de la industrialización y el control farmacéutico que le impiden comprender al paciente como sujeto con posibilidad de elección.

Tabla 8. *Relación de pacientes y familiares*

Inst.	Pacientes	Relación		
		Sexo	Familiares	Sexo imaginado por el familiar
HM	No. 2	M	No. 1	M
HM	No.7	F	No. 8	F
HM	No. 14	M	No. 13	M
CS	No. 15	F	No. 26	F
CS	No. 16	M	No. 21	M
CS	No. 17	M	Sin datos	-
CS	No. 18	F	No.23	F
CS	No. 19	F	Sin datos	-

Elaboración propia.

El ítem número 16 de la prueba busca observar la imagen que hacen los familiares del paciente del caso hipotético; siendo así que estos imaginan a la persona del caso en cuestión del mismo sexo que su familiar.

Análisis y Discusión de Resultados

El análisis de la información recolectada permite evidenciar de qué manera las categorías de estereotipo, prejuicio y discriminación inciden en el proceso de estigmatización social e internalizado, además de determinar las fuentes culturales con las que guardan relación. Por ende, se establece que tanto familiares de pacientes como los pacientes presentan diferentes momentos de estigma referenciados en los dos instrumentos de recolección de datos.

No obstante, a pesar de que actualmente se prioriza en las políticas orientadas a la salud pública debido al amplio alcance que los trastornos dan al sentido de enfermedad; es decir, debido a la incidencia de estos en los seres humanos (Jaramillo y Restrepo, 2012; OMS, 2001) es evidente que existe desconocimiento por parte de los familiares de pacientes y pacientes que lo padecen; puesto que al referirse al trastorno que presenta, algunos respondieron que lo desconocían; otros lo denominaban por su expresión coloquial, como por ejemplo “droga” al referirse a un trastorno adictivo; lo cual deja entrever que no asumen el tratamiento en que se encuentra actualmente el paciente como agentes activos, puesto que ésta es información que se encuentra de primera mano en las historias clínicas.

Como consecuencia de lo anterior se generan procesos adicionales de segregación y discriminación, producto del desconocimiento que rodea el ámbito de la salud mental, diferente de la salud física donde las situaciones de discriminación son debidas a causas políticas más que sociales (American Psychiatric Association, 2013); ya que el hecho de padecer un trastorno mental frente a una enfermedad física, presenta diferencias que tienen que ver con los prejuicios, el estereotipo y la discriminación que envuelven el proceso de estigmatización propiciado no sólo por los pacientes y familiares, sino por el entorno social en general, debido a que no existen políticas públicas dirigidas a la generación de conciencia y reducción del estigma en los habitantes de la región respecto a la salud mental que expongan la importancia de los determinantes sociales, el reconocimiento de la diversidad, los derechos y la dignidad (González, Herazo, Parales y Urrego, 2014).

Asimismo, se demarca una diferencia percibida en cuanto al manejo que se da a la enfermedad mental por parte de los familiares y pacientes de los centros de salud mental Hospital Mental Rudesindo Soto y Clínica de Salud Mental Stella Maris, tal vez precisamente debido a que el primero es de orden público, mientras que la clínica es una entidad privada; puesto que los participantes del sector público se mostraron más tímidos, y emocionalmente afectados, ya que al momento de la aplicación de la prueba referían lo difícil que es para ellos que su familiar se encuentre en la situación actual; además de esto manifestaron que su situación económica les hace más difícil convivir con el trastorno, lo cual indica que la construcción puede iniciar desde la manera en que le dan sentido y significado a los padecimientos emocionales en su vida diaria (Mora, Flores, de Alba, Marroquín, 2003).

A su vez, los pacientes y familiares de la Clínica de Salud Mental Stella Maris se mostraron más participativos y dispuestos en el momento de responder a las pruebas, por lo cual la recolección de datos fue más práctica. No obstante, estas diferencias no fueron determinante en cuanto a los resultados, que arrojaron que tanto los pacientes y familiares de la entidad pública como los de la privada presentan momentos de estigma y autoestigma, respectivamente. Por ende, se ratifica el postulado de que “se requiere de un esfuerzo continuado para no reproducir en los nuevos espacios asistenciales las inercias del modelo manicomial, como la exclusión, el estigma, la segregación, la vida tutelada y otras formas de confinamiento que operan tanto en el plano ideológico como en las prácticas sociales de los sistemas expertos y populares”. (Correa et al, 2008, p. 2).

Uno de los aspectos importantes a resaltar en esta investigación es que en el instrumento aplicado únicamente a los familiares, éstos relacionaron al sujeto de la situación hipotética con el paciente, evidenciado a partir del ítem que preguntaba por el sexo de la persona en cuestión, en el cual la totalidad de familiares manifestaron que se imaginaron que pertenecía al mismo de su familiar (paciente). Es así como se denota que en el ámbito familiar el estigma “es una condición en la que se transmite la devaluación social por estar asociado a una persona estigmatizada” (Mascayano et. al., 2015, p. 2), a causa de que sus respuestas estuvieron dominadas por momentos de estigma, ya sea referentes al prejuicio, la discriminación y el estereotipo, que consciente o inconscientemente adjudicaron a los pacientes.

Por su parte, en cuanto al instrumento aplicado tanto a pacientes como familiares, se pone en evidencia la presencia del autoestigma, que guarda relación con el proceso de estigmatización social, que en este caso es generado por el contexto familiar; es así como “se debería incluir a los propios pacientes y a sus familiares en la implementación de las intervenciones, para que cumplan un rol de "agentes de cambio" y portadores de un discurso positivo acerca de la enfermedad mental y su recuperación” (Mascayano et. al., 2015, p. 4); de otra manera las fuentes culturales como la religiosidad, los medios de comunicación y la industria farmacéutica seguirán influyendo negativamente en la construcción del significado del trastorno mental, lo que impide por un lado que se presente una recuperación que incluya la inclusión del paciente a su entorno, y por otro que se fomente una cultura de conciencia frente a esta problemática.

Entonces, el estigma internalizado que refieren los pacientes está directamente relacionado con el hecho de que en las familia se encuentra una visión sobre el paciente que consiste sobre todo en verlo como a un niño, producto de las limitaciones en sus capacidades por la enfermedad padecida (Uribe et. al, 2007); por lo que la funcionalidad del paciente se ve reducida, lo que conlleva a que pierda su independencia e incluso su rol en la sociedad. Por consiguiente, “las personas con enfermedades mentales incorporan en su proceso de significación personal los estereotipos y prejuicios presentes en la comunidad, los cuales, a su vez, constituyen el estigma público” (Mascayano et. al., 2015); en este sentido, el paciente asume aquellas percepciones establecidas tanto por la sociedad como por el grupo familiar y le atribuye cierto grado de veracidad al sentirse identificado con las características negativas que se le han otorgado, generando así el autoestigma.

Siendo que el apoyo que reciben los pacientes de su red de apoyo es imprescindible en su proceso de recuperación, queda registro de que la mayoría de las aplicaciones del instrumento se llevaron a cabo en mujeres; lo que deja entrever el panorama de la dinámica familiar, en donde es la mujer quien brinda mayor acompañamiento emocional y asistencial al paciente. Sin embargo, la participación de los pacientes fue equitativa en lo referente a la variable “sexo”, demostrando que en los procesos de estigmatización no existe distinción entre si el paciente es hombre o mujer, ya que se presentan de igual manera. De esta forma, se pone de manifiesto la realidad de las investigaciones actuales que han establecido que alrededor del 40% de las personas con trastornos mentales graves presentan altos niveles de autoestigma (Ídem, 2015).

En síntesis, la estigmatización es un proceso en el que convergen tres variables ya nombradas: el estereotipo, el prejuicio y la discriminación; que no hacen distinción entre el sexo o la clase social. Además, estos momentos de estigma se ven impulsados por las fuentes culturales, como los son los medios de comunicación que contribuyen a la perpetuación de las conductas discriminatorias; sin embargo no queda claro si se debe a que éstos puede ser un reflejo de la realidad social del país (Cutcliffe y Hannigan, 2001; citado por Muñoz et. al., 2011); esto es, no se presenta una relación de causalidad, sino que más bien se comprende que existe una relación entre sí. Sumado a esto, la percepción del sujeto que padece un trastorno mental evidencia que en el caso de la enfermedad mental, los estereotipos más habituales se refieren a la peligrosidad, violencia, impredecibilidad y debilidad de carácter, además de la responsabilidad sobre la enfermedad y la incompetencia para tareas básicas como el autocuidado (Muñoz et al, 2008).

Tabla 9. *Resumen general de resultados*

Aplicación de los Instrumentos I y II	
Temática	Resultados Generales
Presencia de Estigma	Los familiares de pacientes referencian en sus resultados percepciones estereotipadas, sensaciones de prejuicio y situaciones de discriminación para con los pacientes con trastorno mental, asimismo, esto ha decantado en la generación de autoestigma en el paciente.
El diagnóstico del Paciente	No existe diferencia significativa entre las variables de estigma que presentan los pacientes con diferentes tipos de trastorno, es decir, el estigma radica en el padecimiento del trastorno mental y no en su tipo. Algunos familiares y pacientes desconocen el diagnóstico que presentan, lo cual permite entrever que no asumen el tratamiento como agentes activos aumentando la posibilidad de generación de situaciones de estigma.

Por institución	Los participantes del Hospital Mental Rudesindo Soto de carácter público se mostraron más tímidos y emocionalmente afectados que los de la Clínica Stella Maris de carácter privado, pues de manera recurrente referían lo difícil que es para ellos tener a su familiar en esa condición. Sin embargo, los resultados finales no muestran diferencias determinantes pues en ambas instituciones existe presencia de estigma y autoestigma.
El género	En el instrumento aplicado solo a familiares, estos relacionaban al sujeto de la situación hipotética con su familiar. La mayoría de aplicaciones de los instrumentos se llevaron a cabo con mujeres lo que deja entrever el panorama de la dinámica familiar, en donde es la mujer quien brinda mayor acompañamiento emocional y asistencial al paciente.
El autoestigma	En el instrumento aplicado a los pacientes los resultados arrojan percepciones negativas respecto a convivir con el Trastorno Mental, es decir la generación de estigma internalizado.
Fuentes culturales de Estigma	Los resultados de los instrumentos arrojan que la religiosidad y las creencias, los medios de comunicación y la industria farmacéutica inciden y contribuyen a la perpetuación de las conductas discriminatorias de los pacientes con Trastorno Mental.

Elaboración Propia.

Recursos Utilizados

Materiales.

Hojas de papel con los instrumentos a utilizar, computador, programas para análisis estadístico, bolígrafos y folletos.

Institucionales.

Material de apoyo e investigación de la Universidad de Pamplona, Hospital Mental Rudesindo Soto y Clínica de la Salud Mental Stella Maris.

Financieros.

Aproximadamente un millón de pesos para material de trabajo, transportes y gastos adicionales.

Conclusiones

Mediante la investigación realizada con los familiares de pacientes y pacientes respecto a las respuestas obtenidas en la aplicación de la prueba de diferencial semántico y el cuestionario, se evidencia que el establecimiento de similitudes y diferencias entre éstas permite identificar la construcción del significado de la salud mental, desde el ámbito familiar y personal. Lo cual demuestra que se presentan momentos de estigma – social e internalizado-, que se evidencian ya sea a través del prejuicio, los estereotipos o la discriminación

De igual manera, se identificaron las fuentes culturales que influyen en mayor medida en el proceso de estigmatización de los trastornos mentales, tales como medios de comunicación, creencias y religiosidad e industria farmacéutica que le impiden comprender al paciente como sujeto con posibilidad de elección, además de que mantiene las percepciones de tipo religioso respecto al origen y desarrollo del trastorno mental.

Por otra parte, el proceso de estigmatización conlleva tres subprocesos que permiten la generación de categorías al establecer la relación que guardan con las fuentes culturales; dichas categorías son estereotipo, prejuicio y discriminación, mientras que las fuentes culturales que influyen en la estigmatización son religión, industria y medios de comunicación; los cuales contribuyen a la construcción del significado de enfermedad mental desde las diferentes esferas del desarrollo humano, encontrándose presente de manera internalizada –en el paciente- o social- familiares-.

Recomendaciones

Teniendo en cuenta el trabajo realizado durante el proceso de investigación, se plantean las siguientes recomendaciones, que tienen como propósito establecer precedentes en cuanto a la problemática planteada, los cuales se exponen seguidamente.

En primera instancia, se hace necesario que se fomente una cultura de tolerancia respecto al trastorno mental, no sólo en los pacientes, sino también en los familiares de éste, que además de la dificultad que implica llevar un proceso como cuidadores tanto en los episodios de crisis como en el transcurso del tratamiento, de igual manera están expuestos a padecer la discriminación y los prejuicios basados en los estereotipos; por lo que al pertenecer a un contexto donde estas conductas de exclusión se mantienen, presentan factores de riesgo que tienen que ver con la falta de redes de apoyo social, percibiendo el trastorno mental como una carga en la que no cuentan con herramientas para solventarla, perpetuando el autoestigma en los pacientes que se sienten culpables al mantener la creencia de que el origen está en ellos como pacientes.

Asimismo, es recomendable que se fomenten espacios de psicoeducación que mitiguen la influencia de las fuentes culturales –medios de comunicación, religiosidad y creencias e industria farmacéutica-, que mediante el desconocimiento del trastorno mental contribuyen al constructo social de los significado del mismo, generando un ambiente estigmatizador, en el cual son factores de mantenimiento ante la problemática. Por ende, no se debe pasar por alto esta incidencia negativa que aumenta la brecha entre una formación integral frente a la enfermedad mental y una construcción de la misma a partir de las consignas populares.

Por último, es imprescindible darle continuidad a este trabajo investigativo, puesto que contiene la posibilidad de abarcar otra población que fundamente desde otra perspectiva el constructo social alrededor del trastorno mental y su relación con el proceso de estigmatización; como por ejemplo, personal asistencial, profesionales y entorno social en general. Lo cual aportaría en demasía y sería determinante para establecer si existe relación de la variable educación (estudios académicos) con los procesos de estigma.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (1952). Diagnostic and statistical manual: Mental disorders. Washington, DC: Author. Recuperado de: <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf>
- American Psychiatric Association (1968). DSM II Diagnostic and statistical manual: Mental disorders (2th Edition). Washington, DC: Author. Recuperado de: <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/08/DSM-II.pdf>
- American Psychiatric Association (1980). DSM III Diagnostic and statistical manual: Mental disorders (3th Edition). Washington, DC: Author. Recuperado de: <http://displus.sk/DSM/subory/dsm3.pdf>
- American Psychiatric Association (1994). DSM IV Diagnostic and statistical manual: Mental disorders (4th Edition). Washington, DC: Author. Recuperado de: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagn3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
- American Psychiatric Association (2013). DSM 5 Diagnostic and statistical manual: Mental disorders (5th Edition). Washington, DC: Author. Recuperado de: <http://elcajondekrusty.com/wp-content/uploads/2016/06/Gu%C3%ADa-criterios-diagn%C3%B3sticos-DSM-V.pdf>
- Bertolote, J. (2008). Raices del concepto de Salud Mental. Departamento de Salud Mental. *Organización Mundial de la Salud*. 6(2), 113-116. Génova. Recuperado de: <http://alimentaciondietaynutricion.com/wp-content/uploads/2012/07/Ra%C3%ADces-de-l-Concepto-de-Salud-Mental.pdf>
- Bolívar, E. y Villanueva, A. (2017). Validación y confiabilidad del Cuestionario AQ27 de actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia en un Hospital General – 2015. *Revista de Neuropsiquiatría*. 80(3), 165-171. Lima, Perú. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n3/a03v80n3.pdf>

- Campo, A. y Herazo, E. (2013). Estigma, prejuicio y discriminación en salud mental. *Revista de Ciencias Biomédicas*. 4(1): 9-10. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/281378832_Estigma_prejuicio_y_discriminacion_en_salud_mental
- Campo, A. y Herazo, E. (2014). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 44(4): 243–250. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v44n4/v44n4a08.pdf>
- Campo, A., Oviedo, H. y Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 43(3):162–167. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80633732007>
- Cano, J. (2009). La Construcción Social de la Enfermedad Mental. *Hipnológica* 2, 20-21. España. Recuperado de: http://www.hipnologica.org/articulos_pdf/numero2/construccion_social_enfermedad_social.pdf
- Cárdenas, Y. (2012). Factores que intervienen en la concepción de “normal” y “anormal” como conceptos. *Revista Electrónica Psyconex*. 6(9), 1-13. Departamento de Psicología. Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/viewFile/22446/18580>
- Clínica Stella Maris, (2018, 20 de mayo). Información de la página de Facebook de la Clínica Stella Maris. Norte de Santander, Colombia. [Web post]. Recuperado de: https://www.facebook.com/pg/SaludMentalCUC/about/?ref=page_internal
- Coffey, A. y Atkinson, P. (2003). Encontrar el sentido a los datos cualitativos: estrategias complementarias de investigación. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Recuperado de:

<http://www.fceia.unr.edu.ar/geii/maestria/2014/DraSanjurjo/8mas/Amanda%20Coffee,%20Encontrar%20el%20sentido%20a%20los%20datos%20cualitativos.pdf>

Congreso de la República. (1993). Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993 en Seguridad Social Integral. Bogotá, Colombia. Recuperado de: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf

Congreso de la República. (2006). Ley 1090 del 06 de Septiembre de 2006 que reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>

Congreso de la República. (2009). Ley 1306 del 05 de Junio de 2009 para la protección de personas con discapacidad mental. Bogotá, Colombia. Recuperado de: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1306_2009.htm

Congreso de la República. (2011). Ley 1482 del 01 de Diciembre de 2011 que modifica el código penal por situaciones de discriminación. Bogotá, Colombia. Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1482_2011.html

Congreso de la República. (2013) Ley 1616 del 21 de Enero de 2013 en Salud Mental. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Congreso de la República. (2015). Ley estatutaria 1751 del 2015 en Salud. Bogotá, Colombia. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Correa, M., Silva, T., Belloc, M. y Martínez, A. (2008). La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de*

L'institut Català D'antropologia, 22, 47-69. Recuperado de:
<http://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/121042>

Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D. y Kubiak, M. (2003). Attribution and Dangerousness Models of Public Discrimination Towards People with Mental Iones. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162-179. Recuperado de:
http://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/Carpeta%20Instrumentos%20CAM/Carpeta%20Instrumentos/10.%20Otras%20variables%20personales%20y%20sociales/Estigma/AQ27_P.pdf

Díaz, L., Torruco, M., Martínez, U. y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*. 2(7), 162-167. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>

Espinoza, A. y Espinoza, A. (2013). Discurso sobre la locura. Universidad del Bío-Bío. *Red de Bibliotecas*. Chile. Recuperado de:
http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/331/1/Espinoza%20Provoste_Alonso.pdf

Felicitas, K., (1995). Interacción mente-cuerpo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(3), 497-501 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80527307.pdf>

Frías, V., Fortuny, J., Guzmán, S., Santamaría, P., Martínez, M. y Pérez, V. (2017). Estigma: la relevancia del contacto social en el trastorno mental. *Enfermería Clínica*. España. Recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862117300803>

Galende, E. (2008). Psicofármacos y Salud Mental: La Ilusión de no ser. Argentina. Recuperado de http://intercanvis.es/pdf/20/n20_art02.pdf

Garay, C., Fabrissin, J. y Etchevers, M. (2008). Combinación de tratamientos en salud mental. La perspectiva de profesionales en formación en la ciudad de buenos

aires. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2008. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-032/145.pdf>

García, T. (2003). El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación. Etapas Del Proceso Investigador: Instrumentación. Andalucía, España. Recuperado de: http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf

González, M. y Landero, R. (2011). Diferencias en estrés percibido, salud mental y física de acuerdo al tipo de relación humano-perro. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. *Revista Colombiana de Psicología*. 20(1), 75-86. Bogotá, Colombia. ISSN electrónico 2344-8644. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/16336/28675>

Guevara, M., Hincapié, J., Jackman, J., Herrera, O. y Caballero, C. (2008). Revisión por pares: ¿Qué es y para qué sirve? *Revista Científica de Salud Uninorte*. 24(2). ISSN electrónico: 2011-7531. Universidad del Norte. Barraquilla, Colombia. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/1847/6165>

Hernández, N. y Escobar, C. (2004). Una aproximación al maltrato a pacientes con trastornos mentales. *Revista MedUNAB*, 7, 130-133. Bucaramanga, Colombia. Recuperado de: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=231&path%5B%5D=214>

Hospital Mental Rudesindo Soto. (2018). Página Web del Hospital Mental. Norte de Santander, Colombia. Recuperado de: <https://esehmrs.webnode.com.co/>

Instituto Departamental de Salud. (2016). Plan de Acción en Salud. Dimensiones. Página web. Norte de Santander, Colombia. Recuperado de:

<https://ids.gov.co/web/index.php/planes-y-programas/planes/plan-operativo-anual/580-poas-2016>

Izquierdo, B. (2015). Estudio sobre el estigma asociado a la enfermedad mental. Trabajo de grado. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de la Laguna. Tenerife. Recuperado de:

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2191/ESTIGMA%20SOCIAL%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf?sequence=1>

Lai, Y., Hong, C. y Chee, C., (2000). Stigma of Mental Illness. *Singapore Med J.* 42(3): 111-114. Recuperado de:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.567.9561&rep=rep1&type=pdf>

León, H. (2005). Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico y social. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan.* 6(1), 33-42. Recuperado de:

<http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/4%20ESTIGMA%20Y%20ENFERMEDAD%20MENTAL.pdf>

Livingston, J. y Boyd, J. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine.* 71. 2150-2161. Canadá. Recuperado de: <https://scihub.tw/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>

Lopera, J. (2015). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional de la Salud Pública,* 2015; 32(1). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5025482.pdf>

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española*

de Neuropsiquiatría, 2008, 28(101), 43-83, ISSN 0211-5735. Recuperado de: http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2015/03/La_lucha_contra_el_estigma.pdf

Magallares, S. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia* 2011. 13(2), 7-17. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/view/10.5565-rev-psicologia.816/333076>

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. Chile. Recuperado en 01 de diciembre de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008&lng=es&tlng=es

Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M. y Quintero, M. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. Programa de Psicología. Universidad del Norte. 23, 83-112. Barranquilla, Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a06.pdf>

Medrano, J. (2014). DSM-5, un año después. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 655-662. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000400001>

Mena Jiménez, Angel Luis, Bono del Trigo, Águila, López Pardo, Andrés, & Díaz del Peral, Domingo. (2010). Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(4), 597-611. Recuperado en 05 de marzo de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000400004&lng=es&tlng=es

Ministerio de Salud y la Protección Social. (2014). Abecé, sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental.

Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>

Ministerio de Salud y la Protección Social. (2014). Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
<https://www.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/spanish2/images/noticias/PLAN-NACIONAL-DE-SALUD-MENTAL.pdf>

Ministerio de Salud y la Protección Social. (2017). Boletín de salud mental. Depresión. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Bogotá. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Mora, J., Flores, F., de Alba, M. y Marroquín, M. (2003). Construcción de significados acerca de la salud mental en población adulta de una comunidad urbana marginal. *Salud Mental*, 26(5), 51-60, octubre 2003. México. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam035f.pdf>

Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. y Guillén, A. (2009). Estigma y enfermedad mental, análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense S.A. Madrid, España. Recuperado de:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DLIBRO+iNVESTIGACION++Estigma+y+enfermedad+mental.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352891821399&ssbinary=true>

Muñoz, Manuel, Pérez-Santos, Eloísa, Crespo, María, Guillén, Ana Isabel, & Izquierdo, Sara. (2011). La Enfermedad Mental en los Medios de Comunicación: Un Estudio Empírico en Prensa Escrita, Radio y Televisión. *Clínica y Salud*, 22(2), 157-173. Recuperado en 05 de marzo de 2018, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000200005&lng=es&tlng=es

Okasha, A. y Okasha, T. (2012). Religión, espiritualidad y el concepto de enfermedad mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*. Recuperado de: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/suplements/14/ESP/14-ESP-378649.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. ISSN 1020-6760. Francia. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016). Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE. Recuperado de: https://www.sssalud.gob.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (1984). Educación médica y salud. 18(2). Recuperado de: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3198/Educacion%20medica%20y%20salud%20\(18\),%202.pdf;sequence=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3198/Educacion%20medica%20y%20salud%20(18),%202.pdf;sequence=1)

Östman, M., y Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181(6), 494-498. doi:10.1192/bjp.181.6.494. Recuperado de: <http://bjp.rcpsych.org/content/181/6/494>

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*. 35(1), 227-232. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

Pacheco, G. (2010). La construcción social enfermo mental, su repercusión en el individuo y familia y en los cuidados de salud mental. Universidad de Alicante, España. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=68125>

- Parales, C., Urrego, Z., Herazo, E., y González, F. (2014). Documento propuesta de ajuste de la política nacional de salud mental para Colombia 2014. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2014/07/Documento-propuesta-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Salud-Mental-Colombia-2014-Conflicto-de-codificaci%C3%B3n-Unicode.pdf>
- Pereyra, M. (2011). Religión y salud mental. *Recursos Escuela Sabática*. Recuperado de <http://www.escuelasabatica.cl/2011/tril/lecc13/2011-01-13ComentarioMRP.pdf>
- Pérez, G., Arango, M. y Branch, J. (2008). El semántico diferencial como propuesta metodológica para caracterizar el liderazgo en una organización. *Dyna*, 75(155), 15-27. ISSN 0012-7353. Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/14008/1/1736-7690-1-PB.pdf>
- Posada, J., Aguilar, S., Magaña, C. y Gómez, L. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 241-262. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v33n3/v33n3a02.pdf>
- Raheb, C. (2008). Clasificación en Paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques. Sistemas de clasificación: DSM IV, ICD 10. Universidad Autónoma de Barcelona. España. Recuperado de: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/sistemas_clasificacion_dsm-iv_cie-10.pdf
- Restrepo, D. y Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2012; 30(2): 202-211. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023918009.pdf>
- Revista Latinoamericana de Psicología. (1979). Biografía de Wilhelm Wundt (1832-1920). 11(1). 170-172. ISSN: 0120-0534. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80501114.pdf>

- Salaverry, O. (2012). The stone of madness: starting points of the history of mental health. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 29(1), 143-148. Recuperado en: 26 de febrero de 2018, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100022&lng=es&tlng=en
- Sandín, B. (2013). ¿DSM 5, Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 18(3), 255-286. Madrid, España. Recuperado de: http://www.aepcp.net/arc/08_2013_n3_sandin.pdf
- Scharager, J. (2001), Diseños de investigación. Metodología de la Investigación. Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/166976295/DISENO-DE-INVESTIGACION>
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Capítulo de libro. Compilador: Hugo Lerner Editorial: *Psicolibro*. Colección *FUNDEP*. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_2/stolkiner_medicalizacion_de_la_vida.pdf
- Tealdi, J. (2008). Bioética y derechos humanos en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), 250-262. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000200009&lng=en&tlng=es
- Tejada, P. (2016). Situación actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: prevalencia, consecuencias y necesidades de intervención. *Revista Salud Bosque*. 6(2), 29-40. Recuperado de: http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_salud_bosque/volumen6_numero2/006_Articulo4_Vol6_No2.pdf

- Tortella-Feliu, M., Vázquez, C., Valiente, C., Quero, S., Soler, J., Montorio, I., Jiménez-Murcia, S., Hervás, G., García-Palacios, A., García-Campayo, J., Fernández-Aranda, F., Botella, C., Barrantes, N. y Baños, R. (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Clínica y Salud* 27(2), 65–71. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130527416300111?via%3Dihub>
- Uribe Restrepo, M., Mora, O., y Cortés Rodríguez, A. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48 (3), 207-220. Bogotá, Colombia, Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/2310/231018668003/>
- Velázquez, S. (2013). Salud Física y Emocional. Programa Institucional Actividades de Educación para una Vida Saludable. Sistema de Universidad Virtual. Universidad Autónoma del Estado Hidalgo. Recuperado de: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT100.pdf

Datos personales:

Sujeto: # 1Edad: 37 Años MesesSexo: Masculino FemeninoLugar de Residencia Habitual: Institución a la que asiste: HMRS CSMTrastorno Mental asociado: Depresión

A continuación se presentan una situación, responda de la forma que considere aplica para cada caso.

Situación:

Por favor lea las siguientes frases sobre alguien:

Persona soltera de 26 años con esquizofrenia. En ocasiones oye voces y se altera. Vive sin compañía en un apartamento de la ciudad y desempeña su trabajo en una gran firma de construcción. Ha estado en hospitalización seis veces a causa de su enfermedad; pero actualmente se encuentra estable.

Ahora conteste cada una de las siguientes preguntas sobre la persona. Señale con una "X" el número de la mejor respuesta para cada pregunta, según su criterio. Comprendiendo que 1 es la puntuación más baja para el ítem y 9 la más alta.

		Un poco - Tal vez - Depende								
		No, en absoluto								Si, mucha
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Me sentiría inseguro cerca de la persona.					X				
2	La persona me aterraría.	X								
3	Pensaría que es culpa de la persona que se encuentre en su situación actual.	X								
4	¿Se sentiría irritado al interactuar con la persona?	X								
5	¿La persona debería estar internada en un hospital psiquiátrico para la mayor seguridad de todos?	X								
6	¿Usted comprende la enfermedad de la persona como algo muy grave que le impediría relacionarse?	X								
7	¿Cree que la persona se encuentra en esta situación por causa de una fuerza superior?	X								

Anexo 3. Carta Remisora Anteproyecto



Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

San José de Cúcuta, abril 13 de 2018

Comité Trabajo de Grado
Programa de Psicología
Universidad de Pamplona
Colombia

Cordial saludo,

A través de la presente, me permito informar al Comité de Trabajo de Grado que el anteproyecto de la tesis titulado "CULTURA, CONTEXTO Y FAMILIA: SIGNIFICADOS Y COMPRENSIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES", de los estudiantes Mariluz Luna Laguado y José Joaquín Rincón Rangel, cuenta con mi revisión y visto bueno.

Agradezco la atención prestada, cualquier inquietud o ampliación de información gustosamente será atendida.

Atentamente,

Ph.D. GLORIA ESPERANZA MARTÍNEZ MENDOZA
Asesora de Tesis
Correo electrónico: gloriae.mm@gmail.com



Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz

Anexo 4. Carta Remisora Proyecto Final

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Teléfono: (7) 5952333 - 5952334 - 5952335 - Fax: 5952750 - www.unipamplona.edu.co

San José de Cúcuta, mayo 29 de 2018

Comité Trabajo de Grado
Programa de Psicología
Universidad de Pamplona
Colombia

Cordial saludo,

A través de la presente, me permito informar al Comité de Trabajo de Grado que el proyecto final de la tesis titulado "CULTURA, CONTEXTO Y FAMILIA: SIGNIFICADOS Y COMPRENSIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES", de los estudiantes Marihiz Luna Laguardo y José Joaquín Rincón Rangel, cuenta con mi revisión y visto bueno.

Agradezco la atención prestada, cualquier inquietud o ampliación de información gustosamente será atendida.

Atentamente,

Ph.D. GLORIA ESPERANZA MARTINEZ MENDOZA
Asesora de Tesis
Correo electrónico: gloriae.mm@gmail.com



Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz