

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**

**FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y  
EDUCACIÓN**

**ESCUELA PROFESIONAL DE SOCIOLOGÍA**



**TESIS**

**Construcción social de enfermedad mental y estigmatización en el P.J.  
Atusparia, distrito de José Leonardo Ortiz, año 2020.**

Presentada para obtener el Título Profesional de Licenciado (a) en Sociología.

**Investigadores:** Lozano Olaya, Anthony Jean Piert.

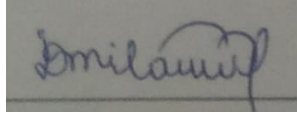
Tantacuré Cabrejos, Dina Milagros.

**Asesor:** Doc. Tafur Morán, Manuel.

**Lambayeque - Perú  
2021**

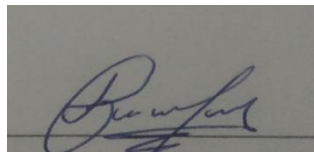
**Construcción social de enfermedad mental y estigmatización en el P.J.  
Atusparia, distrito de José Leonardo Ortiz, año 2020.**

Tesis presentada para obtener el Título Profesional de Licenciado en Sociología.



---

Bach. Milagros Tantacuré Cabrejos  
Investigadora



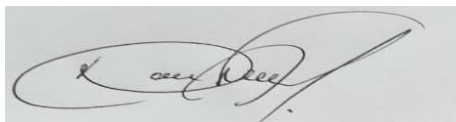
---

Bach. Anthony Lozano Olaya  
Investigador



---

Doc. Sevilla Exebio Julio César  
**Presidente**



---

Doc. Guevara Servigón Dante  
**Secretario**



---

Mag. Torres Castro Nicolás  
**Vocal**



---

Doc. Tafur Moran, Manuel  
**Asesor**

## ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO  
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



### ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

N° 0045-VIRTUAL

Siendo las 10:00 horas, del día miércoles 26 de mayo de 2021, se reunieron vía online mediante la plataforma virtual Google Meet <https://meet.google.com/fta-ibgr-ckr>, los miembros del jurado designados mediante Decreto N° 388-2019-VIRTUAL-UI-FACHSE, de fecha 11 de diciembre de 2019, integrado por:

Presidente : Dr. Julio César Sevilla Ezebio  
Secretario : Dr. Dante Alfredo Guevara Servigón  
Vocal : M.Sc. Nicolás Agustín Torres Castro Asesor  
Metodológico : Dr. Manuel Tafur Morán



La finalidad es evaluar la Tesis titulada: "CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMATIZACIÓN EN EL PP.JL. ATUSPARIAS, DISTRITO DE JOSÉ LEONARDO ORTIZ, AÑO 2020"; presentada por los testistas: TANTACURE CABREJOS DINA MILAGROS y LOZANO OLAYA ANTHONY JEAN PIERT, para obtener el Título Profesional en Sociología. Producido y concluido el acto de sustentación, de conformidad con los artículos 131 al 140 del Reglamento General del Vicerrectorado de Investigación (aprobado con Resolución N° 0182020-CU de fecha 10 de febrero del 2020); los miembros del jurado procedieron a la evaluación respectiva, haciendo las preguntas, observaciones y recomendaciones al(los) sustentante(s), quien(es) procedió (eron) a dar respuesta a las interrogantes planteadas.

Con la deliberación correspondiente por parte del jurado, se procedió a la calificación de la Tesis, obteniendo un calificativo de 19, en la escala vigesimal, que equivale a la mención de Muy bueno.

Siendo las 11.11 a.m. horas del mismo día, se dio por concluido el acto académico online, con la lectura del acta y la firma de los miembros del

jurado.

Dr. Julio César Sevilla Ezebio  
PRESIDENTE

Dr. Dante Alfredo Guevara Servigón  
SECRETARIO

  
VOCAL

OBSERVACIONES:

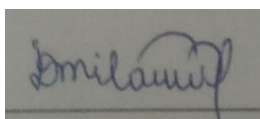
El presente acto académico se sustenta en los artículos del 29 al 44 del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo (aprobado con Resolución N° 270-2018-CU de fecha 4 de setiembre del 2018); la Resolución N° 487-2020-R de fecha 12 de mayo del 2020 que ratifica la Resolución N° 604-2020-VIRTUAL-VIRINV del 07 de mayo del 2020 que aprueba la transición virtualizada para la presentación, aprobación de los proyectos de los trabajos de investigación y de sus informes de investigación en cada Unidad de Investigación de las Facultades y Escuela de Posgrado; la Resolución N° 6373-2020-V-D-HG-FACHSE de fecha 21 de mayo del 2020 y su modificatoria Resolución N° 0380-2020-V-D-HG-FACHSE del 27 de mayo del 2020 que aprueba el INSTRUCTIVO PARA LA SUSTENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y TESIS VIRTUALES.

## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotros, Lozano Olaya Anthony Jean Piert y Tantacuré Cabrejos Dina Milagros, investigadores principales y el Doc. Manuel Tafur Morán asesor del trabajo de investigación “Construcción social de enfermedad mental y estigmatización en el P.J. Atusparia, distrito de José Leonardo Ortiz, año 2020”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumiremos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

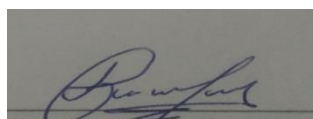
Lambayeque 2021.

Investigadores:



---

Tantacuré Cabrejos Dina Milagros



---

Lozano Olaya Anthony Jean Piert



---

Doc. Tafur Moran, Manuel

ASESOR

## *Dedicatoria*

Llena de regocijo y satisfacción dedico esta investigación en primer lugar a Dios por ser mi guía, luz y camino, en especial en esos momentos de vacilación.

A mis padres, María Luz y Humberto, por todo el apoyo brindado durante esta etapa que culmina; seres maravillosos que con su ejemplo de amor, integridad y trabajo incesante me han permitido terminar con éxito mi carrera universitaria.

A mis hermanos, José Luis y Jesús, por ofrecerme su tiempo, sacrificio y confianza; mi sincera e infinita gratitud.

A mis abuelitos Guillermo y Delia por impulsarme siempre a la superación.

Y a mi querida hijita, Anthonela, por ser mi mayor inspiración y orgullo.

**Tantacuré Cabrejos Milagros.**

Dedico esta tesis a Dios nuestro creador, a mi querida familia que me apoyó todo el tiempo, y a mis maestros, quienes se esforzaron porque en aulas aprendiéramos lo necesario para ser buenos profesionales.

**Lozano Olaya, Anthony Jean  
Piert**

# Agradecimiento

Un infinito agradecimiento al Soc. Isidoro Benites Morales por su gran apoyo y motivación para la elaboración y culminación de esta tesis; por el ejemplo como profesional, por su tiempo compartido, por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional, pero, sobre todo, por la calidad de ser humano que en vida fue. A nuestro asesor de tesis el Doc. Manuel Tafur Morán, por la confianza depositada y el apoyo incondicional. Por último, nuestro sincero agradecimiento, a nuestros jurados de investigación por ser nuestros mentores, y por la ayuda diligente y constante ofrecida en este trabajo.

## Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO	
1.1. ANTECEDENTES.....	6
1.1.1. Internacionales.....	6
1.1.2. Nacionales.....	15
1.2. BASE TEÓRICA.....	19
1.2.1. Teorías sociológicas.....	19
1.2.2. Base conceptual.....	34
CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES.....	43
2.1. Objetivos.....	43
2.2. Diseño de investigación.....	44
2.3. Tipo de investigación.....	45
2.4. Población y Muestra.....	45
2.5. Método de la investigación.....	46
2.6. Técnica de la investigación.....	53
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	63
3.1. Discusión sobre la realidad problemática de Enfermedad Mental en el Perú	63
3.2. Resultados de las Encuestas.....	70
3.3. Discusión sobre los resultados de las Encuestas.....	104
3.4. Propuesta.....	116
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES.....	127
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES.....	128
BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA.....	129
ANEXOS.....	138

## Índice de Tablas

TABLA 1: Componentes cognitivos, emocionales y conductuales del estigma.....	28
TABLA 2: Porcentajes nacionales de incidencia en Salud Mental.....	64
TABLA 3: Caracterización de las personas con E.M.....	70
TABLA 4: Relación del nivel económico con la E.M.....	71
TABLA 5: Estilo de vida de un sujeto con E.M.....	73
TABLA 6: Personas con E.M. y cargos públicos.....	75
TABLA 7: Personas con E.M. y vida familiar.....	76
TABLA 8: Causas de la Enfermedad Mental.....	78
TABLA 9: Respuesta ante la Enfermedad Mental.....	79
TABLA 10: Socialización del tema de E.M. en familia.....	81
TABLA 11: Información de Salud Mental en el colegio y trabajo.....	82
TABLA 12: Socialización del tema de E.M. con amistades.....	83
TABLA 13: Participación del Centro Comunitarios en la construcción social de E.M...	84
TABLA 14: Confianza en la información de los medios de comunicación.....	86
TABLA 15: Imagen que emiten los medios de comunicación sobre E.M.....	87
TABLA 16: Influencia de los medios de comunicación en el temor a la E.M.....	89
TABLA 17: Relación con personas con E.M.....	91
TABLA 18: Tipo de relación con personas con E.M.....	92
TABLA 19: Acciones ante la enfermedad mental en la familia.....	93
TABLA 20: Actitud y conducta de la familia hacia el sujeto con E.M.....	94
TABLA 21: Relación de la comunidad con el sujeto con E.M.....	95



TABLA 22: Cómo debe ser la relación de la comunidad con la persona con E.M.....	96
TABLA 23: Conducta en espacios públicos hacia una persona con E.M.....	97
TABLA 24: Medida de aislamiento social para la persona con E.M.....	98
TABLA 25: Utilización del término “loco” haciendo referencia a una persona con E.M.	99
TABLA 26: Razones de miedo y conducta agresiva de las personas con E.M.....	100
TABLA 27: Violencia hacia personas con E.M.....	101
TABLA 28: Oportunidad laboral para las personas con E.M.....	102
TABLA 29: Aceptación de la convivencia de su familia con personas con E.M.....	103
TABLA 30: Descripción de estrategias.....	123
TABLA 31: Descripción de actividades.....	124
TABLA 32: Taller de sensibilización en Salud Mental para modificar comportamientos de estigmatización.....	125
TABLA 33: Taller de capacitación en Prácticas en Salud Mental para Agentes Comunitarios.....	126
TABLA 34: Operacionalización de Variables.....	139

## Índice de Figuras

FIGURA 1: Proceso de internalización de la Construcción Social.....	22
FIGURA 2: Clasificación conceptual de Estigma en Salud Mental.....	27
FIGURA 3: Modelo del Estigma internalizado.....	29
FIGURA 4: Esquema de Procesos de Estigmatización.....	35
FIGURA 5: Fórmula para determinar la muestra.....	46
FIGURA 5: Centros de Salud Mental a Nivel Nacional.....	66
FIGURA 6: Imagen que representa la No Estigmatización.....	116
FIGURA 7: Imagen que representa la Responsabilidad Comunitaria.....	116
FIGURA 8: Esquema de la Propuesta.....	117
FIGURA 9: Fotografía que representa la aplicación de la encuesta a población joven.....	145
FIGURA 10: Fotografía que representa la aplicación de la encuesta a trabajadores de transporte.....	145
FIGURA 11: Fotografía que representa la aplicación de la encuesta a madres de familia.....	146
FIGURA 12: Fotografía que representa la aplicación de la encuesta a padres de familia.....	146
FIGURA 13: Fotografía que representa la aplicación de la encuesta a trabajadores independientes.....	147
FIGURA 14: Fotografía que representa la aplicación de la encuesta a personas con creencias religiosas.....	147
FIGURA 15: Fotografía que representa la aplicación de la encuesta a comerciantes del Mercado Atusparias.....	148
FIGURA 16: Fotografía que representa la aplicación de la encuesta a Adultos Mayores.....	148
FIGURA 17: Fotografía que representa la aplicación de la encuesta a consumidores del Mercado Atusparias.....	149
FIGURA 18: Fotografía que evidencia la aplicación de la encuesta por parte de los investigadores.....	149

## **RESUMEN**

La presente investigación lleva por título “Construcción social de enfermedad mental y estigmatización en el P.J. Atusparia, distrito de José Leonardo Ortiz, año 2020”.

Para su desarrollo se utilizó el diseño cuantitativo, pretendiendo identificar las principales formas sociales que propician y mantienen latente dicho problema; asimismo, determinar los porcentajes y principales prácticas de estigmatización, para así, elaborar una propuesta de inclusión social que favorezca al fortalecimiento de conocimientos de la población chichlayana y contrarreste la estigmatización.

Para su ejecución se tomó en consideración una muestra de 343 personas del Pueblo Joven Atusparia, a quienes se les destinó dos encuestas estructuradas; la primera de 14 preguntas sobre la construcción social de enfermedad mental, y la segunda de 12 preguntas sobre la estigmatización por enfermedad mental.

Se manejaron diferentes métodos de investigación, tales como el descriptivo, analítico y explicativo; también se recurrió al muestreo probabilístico en su tipología aleatoria simple, buscando la igualdad de oportunidad en la población a encuestar.

Finalizada la aplicación del instrumento se pudo apreciar la realidad provincial en cuanto a sus formas de socialización y su influencia en la construcción de salud mental, a su vez, los tipos de estigma y estigmatización que presenta, conforme se da a conocer en los resultados y conclusiones del informe.

Comprobándose la hipótesis formulada: “Si se examinan las formas sociales que influyen en la construcción social de enfermedad mental y la estigmatización a personas con enfermedades mentales, teniendo en cuenta las teorías del etiquetamiento de Becker, la teoría del estigma Goffman y la teoría de la construcción social de la realidad de Berger y Luckman, entonces será posible elaborar una estrategia social para contrarrestar la estigmatización a personas con enfermedades mentales en el P. J. Atusparia”.

**Palabras clave:** Salud mental y estigmatización.

## **ABSTRACT**

This research is entitled “Social construction of mental illness and stigmatization in P.J. Atusparia, district of José Leonardo Ortiz, year 2020”.

For its development the quantitative design was used, trying to identify the main social forms that propitiate and keep this problem latent; Likewise, determine the percentages and main stigmatization practices, in order to develop a proposal for social inclusion that favors the strengthening of knowledge of the Chiclayo population and counteracts stigmatization.

For its execution, a sample of 343 people from the Atusparias Young People was taken into consideration, to whom two structured surveys were assigned; the first of 14 questions on the social construction of mental illness, and the second of 12 questions on the stigmatization of mental illness.

Different research methods were used, such as descriptive, analytical and explanatory; Probability sampling was also used in its simple random typology, seeking equal opportunity in the population to be surveyed.

After the application of the instrument, it was possible to appreciate the provincial reality in terms of its forms of socialization and its influence in the construction of mental health, in turn, the types of stigma and stigmatization it presents, as disclosed in the results and report conclusions.

Testing the hypothesis formulated: “If the social forms that influence the social construction of mental illness and the stigmatization of people with mental illness are examined, taking into account Becker's labeling theories, the Goffman theory of stigma and Berger and Luckman's theory of the social construction of reality, then it will be possible develop a social strategy to counteract the stigmatization of people with mental illness in the P. J. Atusparia”.

**Key Words:** Mental health and stigmatization.

## INTRODUCCIÓN

Cada sociedad llena de significados particulares a sus patologías, les otorga valores, metáforas, símbolos, que, independientemente a las vivencias físicas y psicológicas que despliegan, se sitúan en un contexto individual de socialización, donde se ponen en evidencia los constructos sociales compartidos, modos de vida, formas de tratamiento y muchas veces estigmatización social.

En sociología, estigma social, es una situación, característica o conducta que origina que una persona sea comprendida en una condición social culturalmente inadmisibles o menor; por lo que las formas sociales que fundan estas formas de pensar (estigma social) y que culminan en procesos sociales, son de vital importancia para comprender diferentes fenómenos como exclusión social, marginación, desigualdad social y en general el desarrollo social de una comunidad.

Cuando nos referimos a formas sociales, según Harrison White hablamos de los estilos, regímenes e instituciones que socializan construcciones teóricas y las reproducen en la práctica social.

El presente trabajo de investigación lleva por título “Construcción social de enfermedad mental y estigmatización en el P.J. Atusparia, distrito de José Leonardo Ortiz, año 2020”; el lugar se escogió por la facilidad inmediata de acceso a él y se tomó como muestra a 343 personas del Pueblo Joven.

Siendo el Objetivo General “Identificar la influencia de la construcción social de enfermedad mental en la estigmatización a personas con enfermedades mentales en el P.J. Atusparia, distrito de José Leonardo Ortiz, año 2020.”; con sus objetivos específicos: Examinar las formas sociales que influyen en la construcción social de enfermedad mental y en la

estigmatización, Describir la estigmatización a personas con enfermedades mentales en el P.J. Atusparia, Analizar la correlación entre la construcción social de enfermedad mental y la estigmatización y Elaborar una estrategia social para contrarrestar la estigmatización a personas con enfermedades mentales.

El estigma hacia la enfermedad mental ha sido abordado por numerosos estudios desde la perspectiva social.

En Lambayeque, según un estudio realizado por la Gerencia Regional de Salud (GERESA), en el año 2013; las principales causas generadoras de estigma son las siguientes: Desconocimiento sobre salud mental en la sociedad, temor y/o desprecio por las personas con enfermedades mentales, desprotección hacia enfermo y difícil acceso al servicio de salud.

Según una investigación por Fiestas & Piazza sobre “La prevalencia anual de trastornos y usos de servicios de Salud Mental en Perú” (2014), Chiclayo es una de las cinco ciudades con mayor incidencia en enfermedad mental en el Perú, donde 13 de cada 100 residentes de la ciudad de Chiclayo presenta una enfermedad mental, asimismo el acceso al servicio de salud es limitado.

Las personas con enfermedad mental grave como esquizofrenia y paranoia generalmente se encuentran abandonadas, deambulando por las calles, desprotegidas, mal vestidas y suelen depender de los transeúntes para alimentarse diariamente.

Los sujetos que se encuentran en esta situación no tienen apoyo del estado y son estigmatizadas. Las personas con alguna patología mental que se encuentran siendo estigmatizadas, presentan las siguientes características: desconfianza, retraimiento, autoestima baja e inseguridad. Sabemos que la sociología es una ciencia que se relaciona con otras disciplinas, pero extrae lo social como fuente; en tal sentido, es importante abordar

el estudio del estigma por enfermedad mental desde el enfoque sociológico, no por la enfermedad propiamente dicha, sino por la comprensión de las formas de pensar que se originan sobre la misma, cómo éstas son construidas y en qué medida generan practicas sociales de discriminación y exclusión social.

También es importante porque a raíz de la identificación de las formas sociales por las cuales se trasmite el conocimiento sobre el tema y se produce el estigma, podremos fomentar espacios que difundan un conocimiento verdadero sobre lo que implica la salud mental y así eliminar estereotipos y prejuicios; a su vez, porque impulsará valores sociales como el respeto, la empatía y la solidaridad, que permitirán contrarrestar la estigmatización y fortalecer la inclusión social.

Tras la descripción de esta problemática, la formulación del problema, pone en interés el conocer ¿De qué manera influye la construcción social de enfermedad mental en la estigmatización a personas con enfermedades mentales en el P.J. Atusparia?

Teniendo como hipótesis “Si se examinan las formas sociales que influyen en la construcción social de enfermedad mental y la estigmatización a personas con enfermedades mentales, teniendo en cuenta las teorías del etiquetamiento de Becker, la teoría del estigma Goffman y la teoría de la construcción social de Luckman y Berger, entonces será posible elaborar una estrategia social para contrarrestar la estigmatización a personas con enfermedades mentales en el P. J. Atusparia”.

Para su desarrollo se utilizó el diseño no experimental, de igual manera el enfoque cuantitativo en su tipología de investigación transversal.

Los métodos trabajados fueron el descriptivo, el analítico y el explicativo, también se manejó la encuesta como técnica de recolección de datos.

El tipo de muestreo que se tomó en cuenta fue el muestreo probabilístico en su modalidad aleatoria simple.

Para el análisis de los resultados obtenidos se utilizó diferentes teorías sociológicas, las que permitieron explicar la realidad de la provincia en su relación con el estigma. Las teorías utilizadas fueron: La teoría de la construcción social de Berger y Luckman, la teoría del estigma de Goffman y la teoría del etiquetamiento de Becker.

Por lo detallado, en nuestra investigación se detectó que, sí existe influencia de la construcción social de la enfermedad mental en la estigmatización a personas con enfermedades mentales, debido que la mayoría de la población encuestada mantiene una imagen errónea de estos individuos y ello conlleva a la práctica de estigmatización.

Las formas sociales trascendentales en la construcción social de enfermedad mental en la provincia de Chiclayo, son las relaciones interpersonales en familia, la socialización amical, las capacitaciones del Centro de Salud Mental Comunitario y la percepción de los medios de comunicación (televisión, internet, etc.).

Asimismo, que el tema de salud mental en la actualidad es un tema desconocido y prejuiciado, debido a ello existen diversos comportamientos sociales que impulsan la discriminación y exclusión, acentuando la desigualdad social y limitación al acceso de oportunidades por parte de las personas que la padecen, generando así prácticas de estigmatización. Las principales prácticas de estigmatización son los calificativos despectivos, el aislamiento social, el escaso acceso laboral para estos sujetos y la violencia.

La investigación se inició en el mes de noviembre de 2019; se procedió a la selección y delimitación del tema, a la elaboración e inscripción del proyecto, posteriormente al recojo de datos sobre la problemática en el mes de enero y febrero del año 2020 y finalmente a la



producción del informe; considerando la tesis la siguiente estructura: Introducción, capítulos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

La Introducción, comprende los objetivos de la investigación, hipótesis, el diseño teórico y metodológico de la investigación asimismo otros aspectos generales relacionados con la fundamentación del problema científico y la significación de sus resultados. El primer capítulo aborda el estudio de la Enfermedad Mental y el Estigma; para ello, se toman como referencias antecedentes, teorías sociológicas y conceptos relevantes, que permitirán profundizar y describir la problemática. El segundo capítulo comprende los métodos y materiales, donde se encontrará el diseño de investigación, la población y muestra, el método, técnica e instrumento de recolección de datos. En el tercer capítulo, se realiza un análisis y discusión de los resultados obtenidos a partir del instrumento, asimismo, se desarrolla la propuesta elaborada en función a la realidad estudiada. Posteriormente se exponen las conclusiones de la investigación y algunas recomendaciones; finalmente se muestra la bibliografía utilizada y anexos obtenidos a lo largo del informe.

# **CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO**

## **1.1. ANTECEDENTES**

### **1.1.1. INTERNACIONALES**

Marcelino López (España, 2006), realizó un estudio teórico al que le denominó “La lucha contra el estigma y la discriminación en la salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible”, aquí analizó diferentes términos y teorías que exponen la problemática de los procesos de estigmatización y su repercusión en las víctimas, menciona también, el rol que desempeña las actitudes sociales y la importancia de un trabajo comunitario que permita combatir el estigma.

Hacia mención a su vez de la estructura que toma el sistema de salud en la atención al usuario, a este lo describe como servicios tradicionales que se organizan y funcionan en base a lógicas de exclusión y defensas sociales.

También nos habla de la incidencia de la violencia en la socialización de estos grupos, y de la presencia de factores sociales que promueven y dinamizan los procesos de estigmatización en la sociedad con naturalidad, esto genera desinterés social y política.

Por último, explica, que es necesaria la elaboración de una estrategia compleja por el mismo hecho de estar tratando un tema que probablemente tenga un sentido universal, es decir que se presente a nivel mundial; por tanto, es importante el manejo de acciones que involucre y articule al estado y al sistema de salud, de tal manera de obtener resultados integrales y permanentes.

Esta investigación favoreció en comprender la problemática abordada, la implicancia que genera en los procesos de socialización y el impacto en el desarrollo social.

Duncan Pedersen (Canadá, 2009) abordó la investigación sobre “Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: Apuntes para el análisis y el diseño de intervenciones”. En este trabajo, define al estigma como un fenómeno dinámico, fluido y contingente que cambia o se transforma según el momento histórico y las condiciones sociales en el que se presenta. Menciona que el estigma es producto de la unión de varios procesos, tales como, la segregación, discriminación, estereotipación y etiquetamiento, en el que comúnmente se percibe en un contexto de poder asimétrico. Explica que cuando existe práctica del estigma por parte del personal de salud, produce una barrera para el tratamiento de rehabilitación y la reinserción o reintegración social efectiva.

Asimismo, expone que el estigma y la exclusión social conlleva al sufrimiento individual del sujeto que la padece y al sufrimiento colectivo, en tanto supone un difícil proceso de socialización con ellos.

Por último, manifiesta que una correcta intervención dependerá del mejor entendimiento que tenga la sociedad sobre el estigma, no solo que lo concibiéndolo como un aspecto individual, sino, como un tema de interés colectivo, que tiene origen mayormente en los procesos sociales y culturales.

La expuesta investigación, contribuyó a nuestra tesis, debido a que aborda y explica el fenómeno de la estigmatización como producto de procesos sociales y culturales; por lo que la solución a la problemática puede desarrollarse a partir de la sensibilización y educación sobre el tema a la comunidad, de tal manera de poder concebirlo como un tema de todos.

Nuria Roca, y otros (España, 2016) trabajaron una investigación denominada “Rompiendo cadenas entre estigma y enfermedad mental. La deconstrucción del estigma desde la acción comunitaria”, un estudio etnográfico que se desarrolló en el distrito de Santo Domingo de Piura, Perú. En este estudio se interrelaciona conceptos como pobreza, enfermedad mental y estigma, presentándolos como factores generadores de exclusión social. Nos explica que el proceso de enculturación de la comunidad viene siendo configurado por el estigma, lo que influye en el proceso de socialización e impacta negativamente en el individuo que padece una enfermedad mental y en su familia. Asimismo, la presencia de estereotipos y prejuicios impulsan la discriminación y la condición de inferioridad. También se hace mención del rol de la intervención comunitaria como un aspecto clave en el proceso de erradicación del estigma; expone que es importante la capacitación y sensibilización desde las instituciones educativas hasta la población en general; puesto que permitirá cambiar la percepción sobre la enfermedad mental y disminuir las situaciones de vulnerabilidad, mejorando la convivencia a nivel comunitario.

La investigación de Nuria Roca, sugirió la estrategia de la intervención comunitaria como base de la formación de conocimiento en salud mental; a su vez, permite comprender que este conocimiento debe ser impartido desde la educación básica, de tal manera de poder eliminar prejuicios y mejorar la convivencia social.

Mesquita Dummar (España, 2015) realizó un estudio titulado “Salud mental y exclusión social: un análisis a partir de la esquizofrenia.”, donde el universo muestral de la indagación está compuesto por cinco grupos: personas con diagnóstico de esquizofrenia usuarias de servicios público de salud mental, sus

cuidadores o familiares más cercanos (padres), profesionales de salud mental (psicólogos y psiquiatras), de centros de salud mental de Asturias, profesores académicos de la Universidad de Oviedo del área de Psicología y Psiquiatría y representantes de asociaciones dirigidas a personas con trastornos mentales y otras discapacidades.

La presente trata de identificar los estudios socio – sanitarios, el procedimiento de apoyo disponibles en Asturias hacia los sujetos que han sido diagnosticados con esquizofrenia y diagnosticar el nivel de inclusión social de los mismos.

Se comprueba que las políticas dirigidas a la salud mental no se encuentran brindando respuestas reales en el momento de resguardar y atender a las personas con prescripción de esquizofrenia y al tiempo de suministrar recursos completos apropiados. Los servicios en salud mental no ejecutan intervenciones fundadas en el enfoque sistémico (biopsicosocial), prevaleciendo el patrón interventivo psicofarmacológico, reduccionista y poco intensivo. A su vez, el grado de colaboración de las personas prescritas con esquizofrenia en estas intervenciones es mínima. La intervención familiar está debilitada por el exceso de quehacer y ausencia de ayuda. El apoyo social es insuficiente, eventual y generador de un retraimiento relacional. La inclusión profesional es frágil y vacilante, los beneficios sociales apreciados no abastecen para acarrear un modo de vida digno y ordenado.

Conclusiones: Los resultados comprueban una alta correlación entre salud mental y exclusión social. Los individuos con diagnóstico de esquizofrenia padecen una mixtura significativa de elementos de desventaja social (participación social y política limitada, servicios socio-sanitarios insuficientes e ineficaces, acceso débil al empleo, estigmatización y discriminación) que entorpece o impide su inserción social plena.

La presente tesis enriqueció nuestra investigación debido al enfoque holístico que proyectó, tomando en consideración y como fuente de sustento al entorno social para el tratamiento y evolución de la enfermedad mental; asimismo, la población utilizada favoreció a un estudio profundo e integral; pudiendo llegar a la conclusión que las limitaciones y obstáculos sociales provocan y potencian los procesos de exclusión, generando vulnerabilidad en distintos ámbitos como el económico, laboral, de integración psico – social, accesos a servicios públicos y participación ciudadana.

Runte Geidel (España, 2005) realiza una investigación sobre “Estigma y Esquizofrenia”, tomando como muestra a las personas afectadas y sus cuidadores

El estigma afecta la vida de las personas con esquizofrenia de forma amplia y profunda. Amplia porque perturba variados sectores, como las relaciones sociales, las posibilidades de empleo y la atención a su salud física y mental. Profunda porque los efectos dañan extremadamente la autoestima y otros aspectos emocionales de la vida de estas personas.

Los cuidadores por lo habitual detectan más principios y elementos de estigmatización que los involucrados, sin embargo, no aprecian o interpretan los efectos relacionados a la auto estigmatización, como son los daños morales y emocionales que sufren los usuarios en función al estigma.

El estigma genera nuevas necesidades con personas con esquizofrenia, como la necesidad de ser respetadas.

El estigma provoca una complejidad en los cuidados, principalmente en función del estigma laboral, que nos les permite una independencia real de los cuidados de la familia o cuidados socio sanitarios.

Esta tesis responde al impacto de la población que percibe la enfermedad mental, cual es el sentir de los usuarios sobre el trato y atención recibida de su establecimiento de salud, como también los familiares que ven por ellos, reflejando estigma inhibido y la inseguridad del paciente, en las diferentes esferas sociales.

Simón Alonso (España, 2015) en su estudio sobre la “Modificación del estigma asociado a la enfermedad mental”, toma como muestra la intervención en institutos de enseñanza secundaria obligatoria en navarra.

La intervención resulta eficaz de manera inmediata para reducir el global de las actitudes estigmatizadoras. A nivel individual modifica el estereotipo de culpabilidad, disminuye el prejuicio de pena y minimiza la tendencia a evitar y a segregar a las personas con enfermedad mental, incrementando la disposición de los participantes a ayudarlas. En menor medida, disminuyen el estereotipo de peligrosidad y el prejuicio de ira.

El paso del tiempo atenúa los logros inmediatos de la intervención, de manera que pasados seis meses algunos pierden su efecto, tal y como ocurre con los cambios alcanzados en las dimensiones de peligrosidad e ira y en la intención de evitar o ayudar a las personas con enfermedad mental.

Programas con un formato continuado reforzarían las ganancias, evitando la recuperación de las actitudes estigmatizadoras.

La implicación de las personas con enfermedad mental en el diseño e implantación del programa anti-estigma constituye, a nivel subjetivo, una experiencia terapéutica, especialmente en lo concerniente al auto-estigma y al empoderamiento.

Según la investigación, el acto de intervención por parte de las personas más cercanas al usuario permite la sensibilización de las mismas y mejor sociabilización con los pacientes, favoreciendo el adecuado tratamiento y a la recuperación rápida de los mismos; asimismo, la adecuación de un programa dirigido a la desestigmatización coadyuva al restablecimiento de la autoestima de las personas con enfermedad mental y fortalece lazos emocionales.

Cazzaniga Pesenti, J at Suso Araico, A. (España, 2015) establece una investigación denominada “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma”

Obteniendo que la situación de los individuos que poseen un trastorno mental es lamentable, puesto que coexisten frecuentemente con los daños del estigma y los prejuicios en los distintos aspectos de su vida diaria. Es correcto que se han conseguido efectuar obras para delimitar y concienciar, sin embargo, aún queda mucho trabajo por hacer. Las actuaciones necesarias varían según cada ámbito, en algunos casos la lucha contra el estigma debe estar más enfocada a la sensibilización y formación, de forma que se logre derribar la muralla que distancia a la colectividad de la situación de los individuos con enfermedad mental. En otros el esfuerzo estará dirigido a realizar actuaciones de incidencia política, actuar como lobby ante diferentes instancias para que se respeten los derechos de las personas con trastorno mental.

Todas las actuaciones que se planteen para lograr el objetivo de minimizar el estigma y sensibilizar a la sociedad pasa por el empoderamiento de las personas afectadas por un trastorno mental. Hablar en primera persona, que se escuche la voz de los que sufren la discriminación, es la forma más efectiva de sensibilizar y



visibilizar el trastorno mental, asimismo dar a conocer el entorno de los sujetos que padecen un problema de salud mental. El dar voz a los sujetos con enfermedad mental, constituye un paso clave para fomentar la integración y justicia social, una estrategia que permitirá la erradicación del estigma.

A través de esta tesis podemos entender que para combatir el estigma no necesariamente existe un camino, sino que dependerá del contexto en que el afectado se encuentre inmerso; asimismo, la necesidad de trabajar en primer lugar con el paciente a fin de lograr reconstruir su autoestima, reconociendo su valor humano y social.

Mena Jiménez (España, 2010) en su estudio “Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental” señala que el estigma es un proceso complicado con numerosas causas que la originan. Lidarlo resulta complejo, es compromiso de diversos, y los medios de comunicación juegan un rol importante. Cuantiosos estudios los señalan como creadores de esta imagen negativa en la sociedad. En definido, la construcción social que vincula enfermedad mental y violencia, asociado de la opinión de que son sujetos impredecibles, con las que no se consigue entablar comunicación y distintos del “resto”. No obstante, el porcentaje se renueva según el tipo de medio: nacientes exploraciones exponen que en prensa surgen menos estereotipos a comparación de la radio y televisión. En general, se estima que la población recibe el 90% de la información sobre salud mental a través de los medios de comunicación.

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 escarmiento se exponían como innatos a la enfermedad en sí e ineludibles. La labor en la concientización de los medios de difusión se presenta como una primacía en la disputa anti-estigma. Es perentorio entender que su rol mantiene una doble jugada. Primero, alcanza sostener el estigma y segundo puede lograr erradicarlo, modificando las opiniones de la sociedad sobre la enfermedad mental y declarando los escenarios de injusticia que a ocasiones padecen las personas con enfermedad mental, como en muchas oportunidades han hecho. Este detalle es el que se debe desarrollar, en algunos casos con una actitud individual proactiva de las personas implicadas en salud mental.

Como se aprecia, la investigación refleja el rol trascendental que juega los medios de comunicación, pues, al ser un medio que llega a masas representa un arma importante para transmitir ciertos patrones, estereotipos, actitudes y prejuicios que posteriormente serán prácticas sociales que irán reproduciéndose con normalidad; es por esta razón que el contenido transmitido debe manejarse con cuidado y responsabilidad.

Loubat, M., Lobos, R at Carrasco, M. (Chile, 2017) realizaron un estudio sobre la “Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación”, tomando como muestra, profesionales de la salud mental.

La investigación registra que los constituyentes comprometidos en el fenómeno de la estigmatización serían la observación histórica de la locura, el control del orden social, los medios de difusión y la carencia de psico-educación en la población universal. Se considera que los expuestos factores dan lugar a un patrón generador del proceso de estigmatización, siendo los dos primeros los de mayor implicancia en la raíz de la problemática, en tanto los otros restantes intervienen persistiendo y

renovando el fenómeno en la sociedad chilena. El registro histórico es notable en la medida que alcanza dogmas culturales cristalizados en un estereotipo representado por símbolos de peligrosidad y apostando lógicas de disyunción las que en la actualidad se producirían de carácter figurado a través de modelos de interacción que la urbe suele transmitir frente al sujeto con esquizofrenia. Vinculado con ello, se aísla a aquel que no es funcional ni provechoso en la comunidad, privándolo de la cooperación activa en el entablado social. Los medios de difusión popularizan información apuntada como “sensacionalista”, que monta a la metrópoli a relacionar la enfermedad con el acaecer delictual, en lo que el sistema educativo no habitúa a la sociedad a la convivencia con la enfermedad mental, reproduciendo el estereotipo y transfigurando actitudes negativas en vez de juicios solidarios.

Tomando la reflexión emitida en la tesis, el estigma hacia la persona con trastorno mental se ostenta en múltiples niveles de comportamiento social, dando lugar a un intercambio de aprendizajes y constructos sociales adquiridos, tomando la imagen de unos “ellos” y unos “nosotros”. El estigma social acompañado de los medios masivos, genera actitudes de auto marginación, obteniendo síntomas de limitación, sufrimiento y dificultad de reinserción social.

### **1.1.2. NACIONALES**

Gálvez, R. (Lima, 2019) en su investigación sobre “Percepción de recuperación de Enfermedad Mental y actitud de estigma en establecimientos de salud de primer nivel de atención de Lima Sur – 2017”, dirigida a trabajadores de establecimientos de salud (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, obstetras), demuestra la influencia que tiene el estigma en el proceso de recuperación de las personas diagnosticadas con alguna enfermedad mental, mencionando que las personas que

sufren estigma presentan menos posibilidad de mejoría a comparación de las que no se ven afectadas por él. En sus resultados obtuvo que el 22% de encuestados tenía el puntaje más alto en actitud de estigma y un 7% de estigma moderado. Asimismo, habla de la importancia de la aplicación de estrategias de salud pública, que permitan promocionar la salud mental y fomentar actitudes y practicas sociales de inclusión social.

La investigación expuesta, contribuye en la identificación de la necesidad de un plan estratégico en el sector salud, orientado al fortalecimiento de la promoción de la salud y a la educación en salud mental, a fin de construir una sociedad informada y libre de estigma. A su vez, nos permite tener en cuenta que el estigma también puede presentarse dentro del establecimiento de salud y que la sensibilización debe ser general.

Ocaña Rojas (Lima, 2015) en su estudio titulado “Salud mental para todos, pero asunto de ellas. La salud mental desde la perspectiva de mujeres-cuidadoras”, toma como muestra ocho mujeres que tienen a su cargo la responsabilidad de los cuidados de un familiar con enfermedad mental crónica.

El ideal estribaba en los significados y experiencias de las cuidadoras; la indagación parte del imaginario que preexisten relaciones de poder y roles de género que se aplican y reproducen tanto en el seno familiar, la sociedad en su conjunto como en el Estado a través de las políticas públicas, las que influyen en cómo las mujeres interiorizan y apoderan de la responsabilidad de las atenciones, cómo se expresa la dinámica del cuidado, como se edifican los conocimientos sobre el bienestar, salud mental, el cuidado y cómo este permite generar un impacto positivo o negativo en el bienestar y la salud mental.

La acción del cuidado del pariente como parte de la labor doméstica es un productor de incomodidad en las mujeres. Concurren en ese sentido elementos de peligro en el cuidado como exceso, estrés o ausencia de apoyo. Sin embargo, cuando este se asume como tarea inherente del papel familiar, se funda un fastidio más fuerte que lastima las pujanzas de la correcta identidad y sus propósitos. Por tanto, “buena o mala madre” “ser padre y madre” “no ser más mujer o ser muy madre”, son los encabezados que se transmiten en esta situación con el fin de forjar culpabilidad, afligiendo la salud mental.

Respecto a la tesis sobre salud mental y su relación con los cuidados, demuestra que la responsabilidad del tratamiento en el hogar, en su mayoría es asumida por la mujer, concibiendo así una vez la cultura arraigada del patriarcado, donde los aprendizajes de resistencia y culpabilidad conlleva al malestar (físico, psicológico, social, etc.) no expresado y al sentimiento del cuerpo – máquina, que según J. Lacan ( en André 2002), corresponde al cuerpo que no se enferma, que puede soportar todo y no mide riesgo, explicando así, los excesos realizados por procurar el bienestar del otro.

León Castro (Lima, 2005) en su estudio sobre “Estigma y Enfermedad Mental: Un punto de vista histórico - social”; encontró que los desórdenes mentales y los trastornos psíquicos, contenidas las expresiones depresivas, como en caso de la esquizofrenia, el Alzheimer, la epilepsia y el retraso mental, constituyen el 11% del total de las enfermedades del mundo. Según un aporte de la OMS son 400 millones de sujetos afectados y, si no se establecen acciones al respecto, la cifra irá en aumento al 14% en el año 2020. La depresión se posicionará, para el año 2020, como la segunda causante de discapacidad en el mundo seguida de las enfermedades coronarias y cerebro vasculares.

El estigma concatenado a la enfermedad mental y a la exclusión simboliza freno significativo para el impulso y eficacia de los programas pro salud mental, según manifiesta Camargo Díaz, 1996. La función de los psiquiatras y profesionales de salud mental es resguardar las acciones de salud pública que deberán que ser desarrolladas a nivel nacional y con apoyo intersectorial.

Según la investigación, el desconocimiento sobre el tema de salud mental conlleva al surgimiento de mitos y tabúes, de diferentes índoles. Tomando en cuenta ello la prevención no será posible y el trastorno terminará en discapacidad, el descenso de la calidad de vida y las probabilidades de una inserción social; en tanto, la tarea principal es contrarrestar la discriminación.

Gil Mejía (Arequipa, 2017) realiza un estudio sobre “Influencia de la familia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia bajo el modelo de salud mental comunitario, del centro de salud mental comunitario alto libertad, cerro colorado Arequipa – 2017.”

Dicho modelo de apreciación sobre Salud Mental Comunitaria reflexiona la intervención profesional en equipos interdisciplinarios y ejecuta el paquete de atención por usuario. En relación a ello el 72%, de pacientes ha recibido la consulta multidisciplinaria, el 69% describe haber concurrido a la consulta psiquiátrica más de dos veces, el 77% manifiesta haber asistido a más de dos sesiones de Psicoterapia Familiar, el 44% haber presenciado más de dos sesiones de Terapia ocupacional, el 80% haber admitido una Visita Domiciliaria a la semana y el 87% refiere que mantiene un alcance telefónico por parte del profesional de salud una vez por semana.

El apoyo familiar en el proceso del método suministrado dentro de la innovación de salud mental como elemento indispensable en la recuperación del paciente, se obtuvo que el 69% de familiares percibe que existe un “adecuado” apoyo de la familia, el 21% de familiares considera que se presenta un apoyo “regular” y el 10% comenta que el apoyo es “malo”, apreciando que en su mayoría de los pacientes reciben un apropiado apoyo familiar que les permite una recuperación rápida. El 90% de familiares establecen que los pacientes son dependientes económicamente de su familia concibiéndolos como única fuente de soporte, y un 10% que no depende, manifestando que son pacientes que poseen un trabajo que les ayudaría a poder solventar sus gastos, de esta manera ubicar a la familia como una fuente de ayuda emocional, material y económica ineludible para su recuperación.

Gil Mejía nos habla de la importancia de la familia para sobrellevar la enfermedad, lo concibe como un acto comunitario, pues, a su vez, es que la se responsabiliza económicamente del tratamiento asignado; también nos habla de las psicoterapias familiares realizadas a fin de establecer un sentimiento de empatía paciente – familia durante y después del proceso.

## **1.2. BASE TEÓRICA**

### **1.2.1. TEORÍAS SOCIOLÓGICAS**

#### **1.2.1.1. TEORÍA DE LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA REALIDAD**

Los autores de la teoría de la Construcción Social de la Realidad son los sociólogos Peter Berger y Thomas Luckmann en el año 1968. Ellos en su obra,

explican que el construccionismo social se produce por cuatro características generales.

La primera característica se encuentra vinculada a los procesos sociales, debido a que las experiencias por las que se ve constantemente inmerso el sujeto se configuran en la interacción social de la vida cotidiana y mediante ellas se incorporan conocimientos.

La segunda característica se encuentra relacionada con la especificidad histórica y cultural, puesto que todo el conocimiento que el individuo posee es producto social y cultural; es decir, que ha sido transmitido por prácticas socialmente compartidas y aceptadas como parte de la comunidad.

La tercera característica radica en la interdependencia que existe entre el conocimiento que adquirimos y la acción, en tanto, el conocimiento contiene una gama de respuestas diversas ante una situación y de estas se derivan efectos diferenciados y múltiples.

Por último, la cuarta característica, es que conciben que toda construcción social es histórica y socialmente específica; es decir, se entiende y toma sentido en función al tiempo y espacio.

El construccionismo social asume que el mundo social se conforma por patrones y actividades colectivas, es por ello, que desde que nacemos nos encontramos involucrados y sometidos a pautas de interacción social, éstas nos ayudan y predisponen a aprender y construir significados del entorno.

“La sociedad es un producto humano. La sociedad es una realidad objetiva, el hombre es un producto social.” (BERGER; LUCKMANN, 1968)



A partir de ello, Berger y Luckmann se concentran en analizar el conocimiento que orienta la conducta de las personas en su proceder cotidiano; busca explicar el orden social como producto de un proceso dialéctico que comprende tres etapas: La externalización, la objetivación y la internalización. Asimismo, exponen que el conocimiento y el lenguaje se encuentran interrelacionados y corresponden a la base de este proceso.

Por externalización (primera etapa) definen al fenómeno que engloba las significaciones construidas por la interacción y al conjunto de actividades habitualizadas y tipificadas hasta llegar a la legitimación de estas.

Asimismo, hablan del proceso de objetivación, explicando que por medio del lenguaje se construye y trasmite el conocimiento de la realidad, convirtiendo estas significaciones en realidad objetiva, y que en el momento de socializar se ven legitimizadas; es decir, obtienen el reconocimiento de la sociedad, a través de ello es que se consigue encuadrar el comportamiento y establecer control social. Al volverse permanentes estas significaciones se convierten en objetivas.

Una vez que el mundo social se a objetivizado y las formaciones sociales se vuelven históricas, la conciencia se presenta como ajena al hombre; es decir que cuando este nace, percibe esta realidad ya construida y a la cual solo se acopla y adapta.

Como última etapa está la internalización, constituye la asimilación de los constructos sociales mediante los cuales el sujeto puede comprender a los demás y al mundo objetivo; es el momento en el que el sujeto se reconoce como parte de la sociedad.

Los individuos internalizan el proceso de objetivación a partir de la socialización primaria, (en el conocimiento de un yo y un mundo) y secundaria (conocimiento de submundos en que puede desempeñar diferentes roles y acoplar normas).

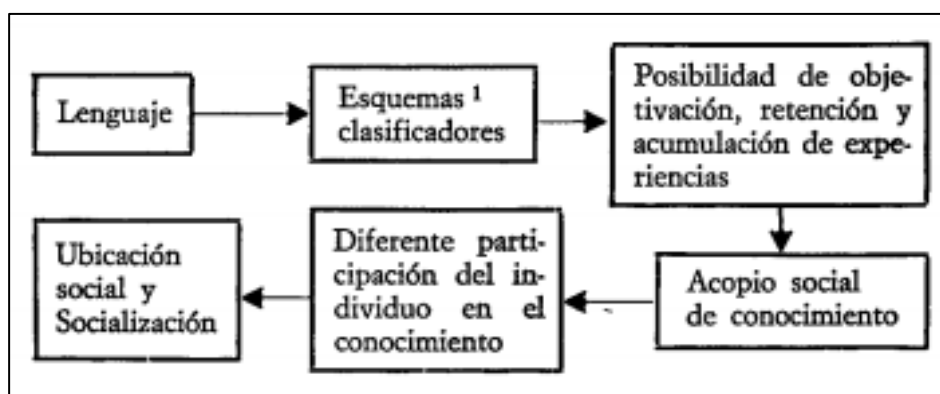


Figura 1: Proceso de internalización de la construcción social – Crespán J.

Si analizamos el gráfico mostrado, el lenguaje asume un rol importante en la fundación y transmisión de significados, a través de él se conformarán esquemas clasificadores que darán lugar a la configuración de patrones de conducta naturalizados en base a contextos específicos, se caracterizará lo considerado normal y anormal en la sociedad, es decir, se establecerán comportamientos adecuados e inapropiados; también reproducirán estereotipos sociales que impulsarán a la aceptación o rechazo social. Una vez recibidos estos esquemas, el sujeto valorará el conocimiento y cuestionará, abriendo la posibilidad de que este sea retenido o ignorado. Cuando el sujeto tenga que enfrentarse a experiencias en la que deba definir una conducta y opte por practicar el conocimiento recibido estará favoreciendo la continuidad de la construcción social y reafirmandola, puesto que lo abstracto se concretizará a partir de la socialización. Es importante también considerar la posibilidad de rechazo del conocimiento en tanto sea reflexionado y valorado distinto a su entorno, en otras palabras, puede que el individuo lo conciba como un conocimiento negativo o innecesario; esto puede

sucedir debido al nivel educativo, a su estilo de crianza, a sus experiencias previas, etc., generando un significado diferente de la realidad y, por ende, un proceder diferente, limitando a la reproducción del constructo social

El grupo que ha objetivado esta realidad divergente se convierte en portador de una definición de la realidad que constituye una alternativa. Resulta innecesario detallar el punto concerniente a que dichos grupos heréticos plantean no solo una amenaza teórica para el universo simbólico, sino también una amenaza práctica para el orden institucional legitimado por el universo simbólico en cuestión. (BERGER; LUCKMANN, 1968)

- En cuanto a su aporte explicativo del tema: En síntesis, para Berger y Luckmann la Construcción Social de la Realidad no es producto de la naturaleza, sino que es construida, modificada y recreada socialmente y constituye un proceso dialéctico. A su vez, a pesar de que el mundo institucional se presente como determinante este es susceptible a ser modificado o sustituido.

#### **1.2.1.2. TEORÍA DEL ESTIGMA**

La teoría del estigma es concebida por Erving Goffman, en su obra “Identidad deteriorada”, como la forma en que la sociedad categoriza y rechaza a los sujetos por poseer características, creencias y comportamientos distintos a la cultura, de esta manera, da explicación a los procesos sociales de discriminación que se efectúan de modo espontáneo en la convivencia.

Para Goffman los atributos asignados en sociedad correspondían a un estado de realización social y ante este, los sujetos conformaban su identidad social.

El término identidad social puede ser entendido de dos maneras:

- Identidad social virtual: Corresponde a la expectativa en función a las cualidades y características que debe presentar el sujeto como parte de la cultura, en tal sentido, hace referencia a una apreciación subjetiva.
- Identidad social real: Corresponde a la posición real en que se encuentra el sujeto según sus atributos que representa en sociedad.

Sostuvimos hasta aquí la necesidad de atribuir un papel fundamental a las discrepancias entre la realidad social real y la virtual, como generador del estigma... (E. Goffman, 1963, pp.157)

El autor expresa que el estigma actúa como un mecanismo desacreditador el cual puede señalar a dos tipos de sujetos:

1. Individuo desacreditado: La característica que posee el sujeto es evidente y es rechazado en la socialización.
2. Individuo desacreditable: La característica no es apreciable fácilmente por lo que puede ocultar o disimular en el acto.

Goffman establece la siguiente tipología de estigma:

1. Abominaciones físicas: En este tipo de estigma se rechaza y/o discrimina a la persona por presentar alguna deformidad o dismorfia corporal (trastorno del mismo sujeto frente a la percepción de su estado físico), asimismo por la presencia de alguna anomalía sensorial o trastorno.
2. Estigmas triviales: En este tipo de estigma se excluye a los sujetos por ser parte de alguna raza considerada como “inferior”, etnia, nación, credo, distintos a los que profesan y practican a nivel de sociedad.

3. Defectos de carácter: Este estigma se produce por las faltas morales que desvalorizan al individuo en sociedad, como el consumo de alcohol, drogas, etc.

Ante la presencia de estos tipos de estigma, Goffman analiza la forma de socialización en comunidad, la interacción existente, diferenciando el comportamiento del estigmatizado y estigmatizador.

El estigmatizador, en cuanto a su conciencia psicosocial, acentúa su posición de superioridad en relación al estigmatizado, situándolo como un individuo que merece ser tratado como tal, este pensamiento es interiorizado a partir de constructos sociales transmitidos culturalmente.

El estigmatizado, por otro lado, internaliza el rechazo y lo acepta, pudiéndose contemplar tres posibles respuestas: Corregir la deficiencia (aquí el sujeto trata de reinventar su comportamiento, donde cabe la probabilidad de asistencia a un centro de ayuda), Adoptar la particularidad (infravalorar a los “no normales”), Aislarse de los demás (destierro simbólico).

Cualquiera de estos tres comportamientos, conllevan al sujeto a asumir una autoestima baja puesto que su identidad social se encuentra deteriorada por lo que tratará de encubrir lo que le diferencia del resto, y entrará en un retraimiento defensivo, provocándole ansiedad elevada y autodesprecio.

En tanto, el rasgo central será la aceptación del estigmatizado, impulsándolo a la transformación de yo y a la superación relativa del “defecto” para así disminuir la incertidumbre del cómo será definido.

La creación del estigma busca visibilizar la peligrosidad del sujeto, dificultando el intercambio social, sin embargo, existen diferentes grupos de marcados comportamientos con los que se vincula el estigmatizado. En un

primer plano, se encuentran aquellos que comparten la situación de “rechazados sociales” y son piadosos, todos estos buscan organizar su vida en un mundo de resignación. En segundo lugar, están los intelectuales, los que tuvieron oportunidad de acceso a desarrollarse en un espacio laboral, son en aquellos en los que depositan su confianza para construir un cambio que les permita obtener un trato equitativo.

El manejo del estigma, en la vida pública, se establece en base a estereotipos sociales, los cuales hacen que el sujeto estigmatizado viva autocensurándose, un claro ejemplo, planteado por Goffman, es la homosexualidad.

La identidad personal, posee una historia de vida, y esta puede ser descubierta solo en algunos espacios del entorno del estigmatizado.

Lo normal y lo estigmatizado no es otra cosa que perspectivas sociales, las cuales se definen y acentúan según la frecuencia de su práctica y aceptación social, como es una conducta o respuesta frente a un fenómeno.

Según Livingston y Boyd (2010) existen tres tipos de estigma hacia los enfermos mentales:

1. El Estigma Estructural: Que corresponde al estigma institucional y a la probable discriminación existente en las leyes o entidades estatales.
2. Estigma social: Es aquel que se presenta en las relaciones interpersonales de una sociedad y que se encuentra constituido por patrones y estereotipos culturales.
3. Estigma internalizado: Es perspectiva que tiene el sujeto estigmatizado referente a su enfermedad mental y proceso de socialización “aceptación del estigma social” y adaptación a las limitaciones que lo condicionan.



Figura 2: Clasificación conceptual del estigma en salud mental (Livingston y Boyd, 2010)

Este último tipo de estigma es también conocido como “auto estigma” que vendría a ser el resultado de la interiorización de la marginación social; esta aceptación e impacto internalizado repercutiría en el tratamiento y recuperación del paciente, puesto que modificaría su apreciación e identidad personal, perdería roles sociales, disminuiría el acceso a oportunidades, y generaría una carga emocional de culpabilidad.

Existen componentes sociales que coadyuvan a acrecentar y prevalecer el estigma en la sociedad: Los estereotipos, los prejuicios y la discriminación.

Cuadro 1: Componentes cognitivos, emocionales y conductuales del estigma (Corrigan y Watson, 2002)

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

Corrigan et al., (2006) proponen un modelo explicativo del proceso de internalización del estigma con el objetivo de comprender los mecanismos por los que las personas se ven afectadas diferencialmente por el estigma. Este modelo conceptualiza el estigma internalizado como una serie de cuatro niveles progresivos.

- Nivel 1: “Conciencia del estereotipo”, el sujeto identifica las manifestaciones estigmatizadoras presentes en su sociedad.
- Nivel 2: “Aprobación del estereotipo”, es la fase en la que el sujeto acepta y valida esos estereotipos.
- Nivel 3: “Aplicación del estereotipo a uno mismo”, atribución personal del estereotipo.
- Nivel 4: “Daño a la autoestima y autoeficacia”, sería el daño resultante por la influencia y aceptación del estereotipo, como la baja autoestima.

Este proceso de estigmatización no es lineal pues, puede ser modificado por diferentes variables:



- a) Cultura: La que determinará lo normal o sano y lo anormal o patológico; se transmitirá mediante el lenguaje y valores sociales compartidos, asimismo, tendrá como antecedente su historia.
- b) Diagnóstico: Serán las manifestaciones de signos y síntomas del sujeto, ya sean cognitivos, afectivos o comportamentales, en cualquiera de las dimensiones sociales.
- c) Género: Grado de interiorización de estereotipos según su género y rol social.
- d) Familiaridad: Consiste en el reconocimiento de la enfermedad mental por experiencias cercanas al sujeto; las cuales pueden llevar a reorientar las conductas de relación con el paciente, recategorizar a las personas y el desarrollo de nuevas ideas y actitudes.

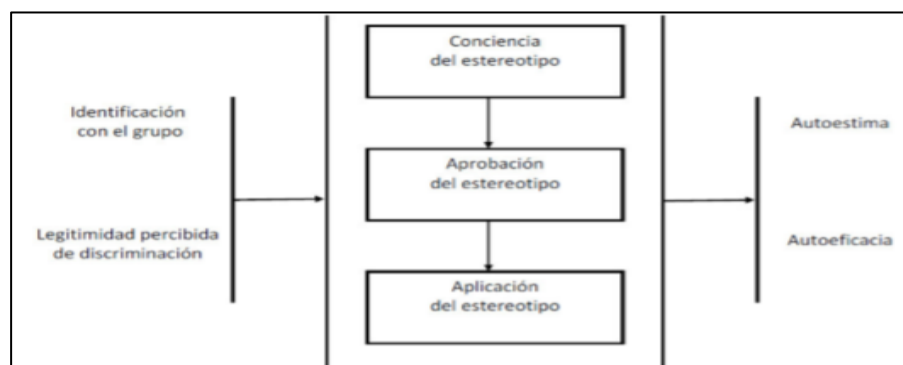


Figura 3: Modelo de Estigma Internalizado: Corrigan et al., 2006.

- En cuanto a su aporte explicativo del tema: La teoría permite comprender el proceso de estigmatización, en lo que concierne los factores generadores, el rol que representa cada uno de los actores involucrados y cual es efecto que implica; asimismo, realiza una perspectiva amplia del contexto en que se desenvuelve el sujeto diagnosticado como “enfermo mental”, las condiciones de vida que asume y su proceso de socialización.

### 1.2.1.3.TEORÍA DEL ETIQUETAMIENTO

Denominada también como “Teoría de la reacción social” o la “Teoría del etiquetado”; hace referencia a una de las teorías micro sociológicas del campo de la sociología de la desviación, que fue estudiada entre los años 1960 y 1970; esta se interesa por las relaciones sociales y cómo dentro de ellas se expresan diversas manifestaciones que admiten o rechazan comportamientos, siendo evaluados en relación a las pautas sociales culturalmente aprendidas; puntualizando que las acciones no aceptadas son señaladas por etiquetas negativas que crean sub grupos sociales los cuales son frecuentemente marginados, tal es el caso de personas con discapacidad física o psicológica (enfermedad mental), orientación sexual, religión que profesa, criminales, etnias, etc.

Según Howard Becker, principal aportador de la expuesta teoría, fundamenta a la desviación social desde la lógica del interaccionismo simbólico, la cual se enfoca no en las causas y factores que producen esa conducta desviada, sino, en como ésta es percibida y socializada; es decir, las formas de control que definen a ciertos actores sociales como desviados o anómicos.

Becker en su libro “Outsiders: hacia una sociología de la desviación” (1928), menciona que en algunas ocasiones esos comportamientos fuera de lo común pueden hacer que los demás decidan que no es ni “mal educado” ni “raro”, sino que está “mentalmente enfermo”; por lo tanto, el control social sería el creador de la desviación y posteriormente de la reacción social, acotando el autor que dicha respuesta frente a la acción también debería ser estimada como parte del problema.

Según Scheff, se trata de "una teoría del desorden mental en la cual los síntomas psiquiátricos son considerados como violaciones etiquetadas de las normas sociales, y la enfermedad se establece como un rol social". La mayoría de las

enfermedades mentales crónicas no son otra cosa que un rol social, y es la reacción social el determinante más importante en la adquisición de ese rol.

Como vemos, es fundamental el concepto de desviación. Cuando nos referimos a la desviación, no la ubicamos como una cualidad del quehacer en sí. La desviación comprende una característica de la contestación del conjunto a una acción específica. El individuo desviado es aquel que ha sido etiquetado. Nos encontramos con dos conceptos diferentes. La primera, una acción infractora que supone la desobediencia de la norma. Y, por otro lado, una acción particular que ha sido definida pública y oficialmente como trasgresión de la norma.

En distintas comunidades existen desviaciones que se reconocen con categorías tradicionales (robo, alcoholismo, prostitución, etc.). Sin embargo, cuando un acto rompe una norma y la sociedad ha agotado dichas categorías convencionales para su definición, se recurre a una categoría residual, ambigua y culturalmente construida. Para las comunidades antiguas esta categoría excedente era la brujería, la tenencia por el diablo o por algún espíritu. Actualmente esta categoría describe por la colectividad la presencia de enfermedad mental. "Las distintas maneras en las que se quebrantan las pautas sociales y para las cuales la comunidad no determina una etiqueta manifiesta conlleva por lo general a etiquetar al infractor como enfermo mental serán calificadas técnicamente como ruptura residual de normas. En tal sentido, la profundidad e imprecisión de distintos desórdenes psiquiátricos, específicamente la esquizofrenia, pueden formar parte de este tipo de denominación. (Scheff, 1975)

Para Lemert, existe una extensa gama de causas que pueden exponer la aparición de una explícita conducta descarriada. En tanto, desde un punto de vista sociológico, "las desviaciones no son relevantes a no ser que sean constituidas subjetivamente y

convertidas en roles dinámicos, transformándose en el criterio social para conceder estatus. Los sujetos desviados deben responder simbólicamente ante sus modelos sociopsicológicas. La desviación se mantiene primaria o asintomática y situacional en tanto sea racionalizada como función de un rol socialmente aceptable". (Lemert, 1951)

En el caso del padecimiento mental, la respuesta social es la causa más importante bajo el cual se fija este rompimiento de reglas (excedente). La respuesta social, en un número minúsculo de juicios, no conjetura una negación o racionalización de la desviación primaria, sino una extremosidad o inclusive deformación. Esta pauta de exageración es el etiquetaje. Cuando el comportamiento del grupo se da en estos términos, la ruptura de reglas amorfa, no estructurada, tiende a cristalizarse en conformidad con las expectativas de los otros. El comportamiento del sujeto señalado empieza a ser semejante al comportamiento de otros descarriados marcados como enfermos mentales. El fenómeno se consuma cuando el perfil estereotipado se convierte en parte del sujeto como pauta de conducta. Nos descubrimos con la admisión del rol de desviado, correspondiente a la desviación secundaria.

"Cuando una persona comienza a emplear su comportamiento desviado, o rol basado en él, como medio de defensa, ataque o ajuste a los problemas creados por la reacción social hacia él, su desviación es secundaria".

(Lemert, 1951)

Cohen sostenía que las personas que poseían un estatus más bajo eran las que buscaban sus propias realidades sociales, reemplazaban las normas y valores por otros alternativos, e ignoraban las diferentes desventajas y desigualdades que

enfrentaban, a lo que le denomina “formación reactiva”. Asimismo, nos habla de la frustración como enfermedad mental y menciona que, en el afán de ser aceptado e incluido en la sociedad, expresa una respuesta individual.

Cuando alguien es diagnosticado como depresivo, psicótico, etc., esa persona es ubicada en un rol que ha sido creado por el propio diagnóstico psiquiátrico, y se marca para ella un conjunto de comportamientos y experiencias. (Cohen, 1961)

La metáfora clínica circunscribe nuestra visión tanto como la perspectiva estadística. Acepta el juicio laico de que algo es desviado y, por analogía, sitúa su origen en el interior del individuo, impidiendo analizar como parte de un fenómeno. (Becker, 2009, pp. 26)

- En cuanto a su aporte explicativo del tema:

La teoría del etiquetamiento busca explicar las formas de socialización del estigma, cómo ésta es percibida e interactuada. Asimismo, coadyuva a comprender los procesos de estigmatización, asumiendo la etiqueta de “enfermo mental” como un reforzador de discriminación e impulsor de la diferenciación entre el catalogado como “normal” y el “descarriado”.

### **1.2.2. BASE CONCEPTUAL**

#### **1.2.2.1. FORMAS SOCIALES**

Harrison White, sociólogo estadounidense, en su libro “Cómo emergen las formas sociales” (2008), concibe la categoría “formas sociales” como los estilos, regímenes e instituciones que socializan construcciones teóricas y las reproducen en la práctica social.

Los actores sociales se organizan y comprenden a partir de mecanismos de mediación; estos mecanismos pueden tener naturaleza cognitiva, tales como el lenguaje, pautas sociales y roles, o naturaleza material como los medios de comunicación y simbologías. Los mecanismos circulan mediante los canales de relaciones establecidos en las redes sociales, donde se transmiten e interactúan.

#### **1.2.2.2. PROCESO DE ESTIGMATIZACIÓN**

Según Link B. y Phelan, sociólogos estadounidenses, en un artículo de investigación sobre la conceptualización del estigma (2001), definen a los “Procesos de estigmatización” como la serie de interacciones dinámicas que fomentan discriminación, exclusión y desigualdad social, asimismo, concatenan las categorías cultura, poder y estatus, mediante el uso de discursos estigmatizantes (guiados por estereotipos y prejuicios) como respuesta consciente o inconsciente ante un estímulo de rechazo y miedo.

Para estos autores existe un proceso de cinco fases para llegar a la estigmatización:

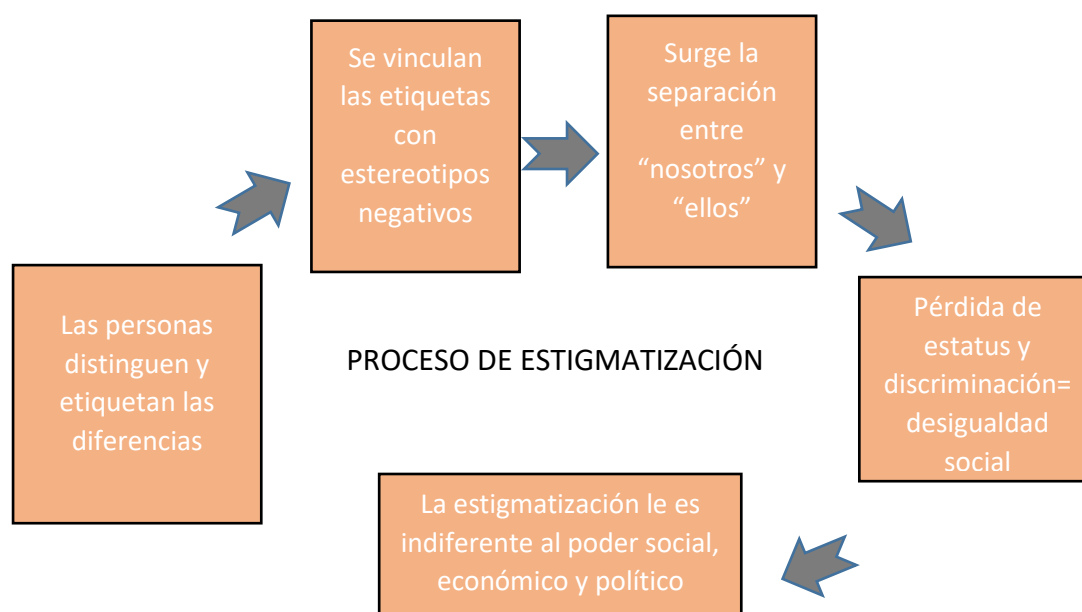


Figura 4: Procesos de estigmatización. Elaboración propia del Modelo de Link B. y Phelan.

### 1.2.2.3.SALUD MENTAL

La OMS (2001), en el informe sobre salud en mundo “Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”, afirma desde un enfoque transcultural que la salud mental abarca “el bienestar subjetivo, la apreciación de la propia validez, la independencia, la competencia, la interdependencia generacional y la auto superación de las competencias intelectuales y emocionales”. Es decir, va más allá del modelo biomédico que plantea la salud mental como la ausencia de enfermedad o ausencia de signos y síntomas, así como del resultado del buen funcionamiento bioquímico cerebral.

La Salud Mental en la comunidad está determinada social e históricamente. Es un fenómeno proveniente de los contextos de vida, de la historia y de los propósitos de una comunidad. Cada cultura define a sus integrantes con el específico significado que percibe de la realidad. Nadie adopta los hechos sin que traspasen y se tiñan de

todos los distintivos, sentidos y tradiciones que hacen a la particularidad de esa cultura. (Galende, 1997)

Erich Fromm, reconocido psicoanalista, centra su esfuerzo en establecer una unión entre la sociología y el psicoanálisis. Percibe a la salud mental como el resultado de un conjunto de necesidades condicionadas socialmente que pueden como no ser atendidos. (Ubilla, 2017)

“Fruto de su entorno particularmente humana con la cual el hombre llega al mundo, esta establece en él ciertas necesidades que son ineludibles, pues deben ser cubiertas. De qué forma estas necesidades son compensadas es algo que obedecerá sobre todo del contexto histórico-social y natural. La forma en que estas necesidades sean apropiadamente satisfechas o no prescribirán finalmente el nivel de salud mental que el hombre logre desarrollar”. (Fromm, 2009)

Aquellas necesidades primarias serían: la necesidad de vínculo, de un marco de orientación, de poder entregarse a algo, de arraigo, de identidad y de trascendencia. Cuando hablamos de la necesidad de vínculo, se expresa como la necesidad de entablar nuevos lazos con el mundo. La necesidad de un marco de orientación trataría de la necesidad de primero identificar una razón o sentido de existencia el que enrumbe su porvenir y segundo llevar una calidad de vida; para Fromm la primera determina su estado mental y el segundo define la felicidad; esta segunda necesidad estaría relacionada con la cultura y reglas sociales. La necesidad de arraigo se refiere a la necesidad de encontrar y establecer una zona de confort la que le permita sentirse reconocido y realizado en cierto espacio físico. La necesidad de identidad sería intrínseca a la naturaleza humana, el hombre es consciente de sí y



de su autonomía, la cual es el detalle que lo diferencia del resto. Y por último la necesidad de trascendencia, que se establece cuando se le es importante “marcar huella” y ser productivo con la vida, volviéndose un fenómeno creativo en el arte, la religión y la producción material.

#### **1.2.2.4. ENFERMEDAD MENTAL**

Según la OMS (2004), se entiende por “Enfermedad o Trastorno Mental” la variación del aspecto cognitivo, conductual o emocional; en el que se alteran procesos síquicos básicos, como la motivación, la sensación, la percepción, el lenguaje, el aprendizaje, etc.

Las enfermedades mentales se consiguen identificar a través de: una exploración física (daños físicos observables que poder ser generadores de la presencia de ciertos síntomas), análisis de laboratorio (exámenes clínicos que detectan a través de diferentes procedimientos alguna anomalía, como el caso de los tamizajes, la presencia la presencia de adicción a sustancias) y evaluación psicológica (para descartar delirios).

Se pueden apreciar una tipología de trastornos mentales:

- a. Trastorno a causa del consumo de sustancia
- b. Trastorno de ansiedad: estrés postraumático, trastorno compulsivo, fobias.
- c. Trastornos orgánicos: demencia senil o vascular, Alzheimer.
- d. Trastornos orgánicos: demencia senil o vascular, Alzheimer.
- e. Trastorno disociativo
- f. Trastorno afectivo: Bipolaridad, depresión, manías, dependencia emocional.
- g. Trastorno psicótico: Esquizofrenia

#### **1.2.2.5. DISCAPACIDAD MENTAL**

Según la OMS (2004), la discapacidad o retraso mentales concierne a una limitación intelectual que permite una evolución conductual y cognitiva lenta. La persona que es diagnosticada con psicopatología no se le hace ninguna diferente, por el contrario, se la considera igual de capaz y con las mismas oportunidades que cualquier otro individuo.

#### **1.2.2.6. INCAPACIDAD MENTAL**

Nagi, en 1965, representa un proceso explicativo por el cual la persona atraviesa hasta finalmente llegar a la incapacidad mental. La primera fase comenzaría con la enfermedad o patología, en la segunda fase se encontraría el deterioro físico, posteriormente, en la tercera fase estaría las limitaciones funcionales, físicas y emocionales, para culminar con la cuarta fase que sería la incapacidad propiamente dicha.

## **CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES**

### **1.1. OBJETIVOS**

#### **1.1.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar la influencia de la construcción social de enfermedad mental en la estigmatización a personas con enfermedades mentales en el P.J. Atusparia, distrito de José Leonardo Ortiz, año 2020.

#### **1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Examinar las formas sociales que influyen en la construcción social de enfermedad mental y en la estigmatización.
- Describir la estigmatización a personas con enfermedades mentales en el PJ. Atusparia.
- Analizar la correlación entre la construcción social de enfermedad mental y la estigmatización.
- Elaborar una estrategia social para contrarrestar la estigmatización a personas con enfermedades mentales.

### **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿De qué manera influye la construcción social de enfermedad mental en la estigmatización a personas con enfermedades mentales en el PJ. Atusparia?

### **1.3.HIPÓTESIS**

Si se examinan las formas sociales que influyen en la construcción social de enfermedad mental y la estigmatización a personas con enfermedades mentales, teniendo en cuenta las teorías del etiquetamiento de Becker, la teoría del estigma Goffman y la teoría de la construcción social de Luckman y Berger, entonces será posible elaborar una estrategia social para contrarrestar la estigmatización a personas con enfermedades mentales en el P. J. Atusparia.

### **1.4.DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El diseño de investigación que se ha manejado es la no experimental, distinguida por no manipular intencionadamente las variables en estudio, en este tipo de investigación no intervienen condicionantes que puedan sesgar la indagación e impedir su validez.

### **1.5. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

La investigación realizada presenta un enfoque cuantitativo, ya que representa el marco interpretativo y estratégico que orienta la investigación; igualmente, espera establecer en porcentajes la incidencia en que las formas sociales influyen en la construcción social de salud mental del Pueblo Joven Atusparia perteneciente al distrito de José Leonardo Ortiz de Chiclayo, y la práctica de estigmatización en dicha zona.

## **1.6. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Se presenta como una investigación tipo descriptiva - propositiva, puesto que apunta a la elaboración de una propuesta de desarrollo social, mediante el diseño de un programa de salud mental comunitario, destinado a generar y fortalecer conocimientos en salud mental para así reducir el estigma y la estigmatización.

También se maneja el tipo de investigación transversal, debido a que tiene como característica y propósito la recolección de datos en un periodo y espacio específico; asimismo porque describe los hechos y permite interrelacionar variables.

## **1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **a. POBLACIÓN:**

Para la realización de este estudio se tomó en consideración al Pueblo Joven de Atusparia, perteneciente al distrito de José Leonardo Ortiz, que cuenta con 165,453 habitantes. Se manejó esta muestra por la facilidad de acceso al lugar y por recomendación del jurado de optar por un poblado pequeño representativo.

El lugar que se ha considerado para la investigación está constituido por 3224 personas del Pueblo Joven Atusparia.

### **b. MUESTRA:**

Es una significativa y oportuna porción de la población que permite establecer las observaciones necesarias para el levantamiento de información.

$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$	<p>n= Tamaño de la muestra</p> <p>Z= Nivel de confianza deseado</p> <p>p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)</p> <p>q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)</p> <p>e= Nivel de error dispuesto a cometer</p> <p>N= Tamaño de la población</p>
---	---

Figura 5: Fórmula para determinar la muestra

Margen de error: 5%

Nivel de Confianza: 95%

Población: 3224 habitantes.

Muestra: 343 habitantes.

De las 343 personas encuestadas, 161 fueron mujeres y 182 fueron varones.

### c. TIPO DE MUESTRA

Muestro Probabilístico: Este tipo de muestreo se utilizó en su modalidad de Muestreo Aleatorio Simple, la que permite a toda la población tener la misma oportunidad de ser escogido

## 1.8. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

En el proceso de la investigación se utilizaron los siguientes métodos:

### a. Método Descriptivo:

Este método tiene la finalidad de recopilar información cuantificable que permita el análisis estadístico de la muestra en estudio. Este método se aplicó cuando se recogió información sobre las formas sociales que originan

los constructos sobre enfermedad mental y las prácticas de estigmatización, pudiendo comprender las variables en estudio y evaluar la influencia que tiene las formas sociales en la estigmatización.

**b. Método Analítico**

Este método permite comprobar o impugnar una hipótesis previamente establecida. Este método se aplicó cuando se planteó la hipótesis de la investigación; para posteriormente pasar a descubrir si representa la realidad en estudio o no.

**c. Método Explicativo**

A través de este método se podrá comprender con claridad no solo la forma en que se efectúa el fenómeno en estudio sino descubrir la razón por la cual se manifiesta, en otras palabras, identificar cuáles son las posibles causas que lo originan, permitiendo de antemano plantear una hipótesis explicativa. Se aplicó este método en el momento de la interpretación de resultados obtenidos en las encuestas.

## **1.9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Para la realización del trabajo de investigación se elaboró una Matriz de Operacionalización de Variables con la finalidad de poder definir las variables de estudio en factores medibles. Este proceso permitió construir de manera adecuada y oportuna las preguntas a formular y categorizarlas de forma pertinente según su propósito.

El paso de una variable teórica a indicadores empíricos verificables y medibles e ítems o equivalentes se le denomina operacionalización. La

operacionalización se fundamenta en la definición conceptual y operacional de la variable. (Hernández, 2014)

Según su estructura contiene los siguientes componentes: Hipótesis, variables, definición conceptual, dimensiones, indicadores, subindicadores, dato.

Según su contenido presenta coherencia con la tesis, puesto que las variables trabajadas en la operacionalización son las mismas que se mencionan en el título, formulación del problema, hipótesis, objetivos, y en los resultados obtenidos.

### **1.9.1. Descripción de la Operacionalización de Variables**

#### **a. Variable:**

Según Hernández Sampieri una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse. (Sampieri, 2014, pp.138)

En este caso, las variables en estudio fueron la construcción social de enfermedad mental y la estigmatización.

Ambas variables buscaron conocer y analizar los modos de pensar de la población y la socialización que se les presta a las personas con enfermedades mentales; asimismo corroborar su interrelación que se origina en el momento de la práctica social.

Ezequiel clasifica a las variables según sus características y propiedades, comprendiéndolas en variables independientes y dependientes.

Por variable independiente expone que “son las variables explicativas, o sea, los factores o elementos susceptibles de explicar las variables



dependientes (en un experimento son las variables que se manipulan).”

(Ezequiel, 1995)

A partir de esta definición, la variable que estaría cumpliendo esta función en la investigación sería la variable de construcción social, en tanto, corresponde a las formas de comprender de la población sobre enfermedad mental y en relación a este conocimiento es que efectúa procesos adecuados o excluyentes.

Y por variable dependiente manifiesta “Reciben este nombre las variables a explicar, o sea, el objeto de la investigación, que se trata de explicar en función de otros elementos.” (Ezequiel, 1995)

Este rol estaría cumpliendo la variable de estigmatización, debido a que su presencia se explicaría a raíz de la identificación del constructo social de los actores, concluyendo que sus modos de pensar son incorrectos y permitiendo así modificar conductas.

b. Definición conceptual de la Variable:

Son definiciones de diccionario o de libros especializados y cuando describen la esencia o las características reales de un objeto o fenómeno se les denomina "definiciones reales". La definición conceptual o nominal básicamente constituye una abstracción articulada en palabras para facilitar su comprensión y su adecuación a los requerimientos prácticos de la investigación. (Latorre, 2005)

c. Dimensiones:

Corresponde a las fases o fragmentos en que se descompone la variable para su mejor estudio y análisis.

En la investigación, para la variable de construcción social se ha considerado las dimensiones de cultura, socialización sobre enfermedad mental y medios comunicación; pretendiendo a partir de ellos conocer las formas sociales mediante las cuales se constituye los modos de entender la enfermedad mental y reproducir dicho conocimiento.

De la misma manera, para la variable de estigmatización se manejó las dimensiones de apoyo emocional y aceptación y rechazo, buscado detectar el grado de responsabilidad del entorno inmediato y el de la comunidad en el desarrollo del sujeto con enfermedad mental; de esta manera, conocer si se brindan las posibilidades a la población o existe marginación.

d. Indicadores:

Es una característica concreta y medible que permite mostrar y evidenciar el avance de análisis del proceso.

De la variable de construcción social:

- Dimensión Cultura: de aquí se deriva el indicador se creencias sociales; buscando conocer en qué medida el entorno cultural, las costumbres y mitos coadyuvan en la formación del conocimiento de enfermedad mental y el estigma.
- Dimensión Socialización sobre enfermedad mental: de aquí se deriva el indicador formas de interacción del conocimiento de enfermedad mental; a partir de este indicador se espera conocer la forma en que se hace mediático el tema y si es correcta o no las ideas transmitidas.
- Dimensión Medios de comunicación: de aquí se deriva el indicador desinformación; a través de él se podrá conocer el tipo de información que se emite en los diferentes medios como la televisión, radios y

redes sociales; de esta manera comprender su participación en la aceptación o rechazo a los sujetos con enfermedad mental.

De la variable de estigmatización:

- Dimensión Apoyo emocional: de aquí se deriva el indicador responsabilidad familiar, el que tiene como propósito identificar el nivel de compromiso que presenta la familia en el tratamiento y recuperación de individuo con enfermedad mental, a su vez, descartar la existencia de estigmatización por parte de los mismos.

- Dimensión Aceptación y Rechazo: de aquí se derivan los indicadores Inferiorización, Peligro para la comunidad y Resocialización; ellos se encuentran orientados a caracterizar la socialización que establece con los individuos que conviven con una enfermedad mental, asimismo describir el proceso que conlleva a la estigmatización.

e. Sub indicadores:

Constituye a la caracterización de la dimensión de forma más detallada a fin de profundizar el estudio abordado; a partir de él se podrá plantear las interrogantes que conformarán los instrumentos.

De la variable de construcción social:

- De la dimensión cultura – Indicador Creencias Sociales: Se derivan los sub indicadores Prejuicios, Pensamientos sobre las personas con enfermedad mental y Pensamientos sobre la enfermedad mental; a partir de esta información obtenida se podrá identificar aquellos estereotipos negativos que expresan antipatía y muchas veces aversión

irracional a dichos sujetos y que converge en estigmatización y exclusión social.

- De la dimensión Socialización sobre E.M. – Indicador Formas de interacción del conocimiento de E.M.: Se derivan los sub indicadores Socialización Primaria, Socialización Secundaria y Promoción de la Salud Mental; a través de estos datos se podrá identificar en qué tipos de socialización es que se funda en conocimiento, cuáles son los principales agentes portadores de este conocimiento y en qué medida la intervención del Minsa responde a la necesidad de la difusión de este tema mediante estrategias específicas.
- De la dimensión Medios de Comunicación – Indicador Desinformación: Se derivan los sub indicadores Imagen de las personas con E.M. y Autoestigma; a partir de ellos se podrá conocer si los medios de comunicación están desempeñando un rol integrador o de disociación social, ya que, al ser el cuarto poder, tienen una gran influencia en la construcción social de la imagen de dichos sujetos y a su vez conlleva a aceptación o auto censura de los mismos.

De la variable de estigmatización:

- De la dimensión Apoyo Emocional – Indicador Responsabilidad Familiar: Se deriva el sub indicador Actitudes de la familia frente la enfermedad mental, este permite conocer la participación del entorno cercano del sujeto y cómo este ayuda, retrasa u obstaculiza su

recuperación; así mismo, reconocerla como la base de la reinserción social.

- De la dimensión Aceptación y Rechazo – Indicador Inferiorización:  
Se deriva el sub indicador Calidad de vida, que busca conocer el grado de aceptación de su barrio y cómo este le permite llevar un estilo de vida digna y óptima para su recuperación.
- De la dimensión Aceptación y Rechazo – Indicador Peligro para la comunidad: Se deriva el sub indicador Miedo, que busca describir las relaciones que se efectúan con los sujetos con E.M. si estos involucran o no violencia.
- De la dimensión Aceptación y Rechazo – Indicador Resocialización:  
Se deriva el sub indicador Falta de oportunidades, que busca corroborar el cumplimiento de los derechos humanos de forma igualitaria o existe limitaciones para ser ejercidos.

#### **1.10. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica usada para la recolección de datos fue la revisión documental, la que constituye un procedimiento estructurado, cuyo propósito es la localización y recuperación de información relevante que permita contribuir con la indagación pretendida y esperada.

Por la naturaleza de la investigación, el contenido de la información recuperada al ser parte de un estudio social, tiende a incluir documentos de carácter no periódico, debido a que se espera rescatar evidencias que

favorezcan a la descripción de la problemática en estudio, su caracterización e identificación de particularidades.

Los instrumentos con los que se trabajó fueron dos guías de encuestas, las cuales estuvieron estructuradas y comprendieron preguntas abiertas, esperando así conseguir las respuestas múltiples de la población que permitan explicar y comprender la forma de pensar y actuar de la comunidad.

La elaboración de ambas guías responde a tres objetivos importantes: estimar magnitudes, en función a la práctica de estigmatización; describir el pensamiento de la población, con relación a enfermedad mental, y verificar la hipótesis formulada, es decir, corroborar la influencia que presenta la construcción social de enfermedad mental en la estigmatización.

La primera guía de encuesta estuvo orientada a examinar las formas sociales que influyen en la construcción social de enfermedad mental y en la estigmatización, este primer instrumento estuvo compuesto por 14 preguntas. A través de este instrumento podremos explicar de qué manera el sujeto adquiere, internaliza y reproduce constructos sociales que se expresan en los procesos de socialización; evidenciando si el constructo social que poseen es correcto o no y si conlleva a relaciones sociales saludables y equitativas o por lo contrario fomenta discriminación y exclusión.

La segunda guía de encuesta estuvo dirigida a la identificación y descripción de las prácticas de estigmatización a personas con enfermedades mentales en el P.J. Atusparia; este segundo instrumento estuvo compuesto por 12 preguntas. A través de este instrumento se podrá conocer cuáles son aquellos comportamientos que emergen en las relaciones

sociales que se establecen con personas con enfermedad mental, cuál es el nivel de integración social que presentan estos individuos y acceso a oportunidades que le permitan llevar una vida de calidad humana.

Ambos instrumentos mantuvieron preguntas según la variable a medir y fue congruente con la formulación del problema y los objetivos de la investigación.

#### **1.10.1. ESTRUCTURA DE LA ENCUESTA DE CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE ENFERMEDAD MENTAL**

##### **- Del sub indicador Prejuicios:**

##### **1.- ¿Qué características cree usted que poseen las personas con enfermedades mentales?**

De esta pregunta se espera obtener información relevante en función a los rasgos y particularidades que distingue la población de las personas que sufren una enfermedad mental, pudiendo reconocer o descartar la presencia de estigma.

##### **2.- ¿Cree usted que las personas con bajos recursos son más propensos a padecer una enfermedad mental?**

A partir de esta pregunta se podrá conocer si la población considera que existe una relación entre la condición económica y el adquirir una enfermedad mental, de esta manera identificar la presencia de un estereotipo social negativo que debe modificarse.

##### **- Del sub indicador Pensamientos sobre las personas con E.M.:**

##### **3.- ¿Considera que una persona con enfermedad mental puede llevar una vida normal?**

A través de esta pregunta se podrá conocer si consideran a los sujetos con enfermedad parte de la sociedad y como personas productivas; o caso contrario como una carga social.

**4.- ¿Cree usted que las personas con enfermedad mental pueden ocupar cargos públicos?**

Con esta pregunta se podrá apreciar si la población considera que los individuos que presentan una enfermedad mental pueden desempeñar cargos de interés social, si son considerados competentes y capaces.

**5.- ¿Cree usted que las personas con enfermedad mental pueden llegar a tener hijos y criarlos normalmente?**

La pregunta aspira a conocer si la población considera que los sujetos con enfermedad mental pueden llevar una vida familiar común y ser formadores de otros individuos.

**- Del sub indicador Pensamientos sobre las E.M.:**

**6.- ¿Cómo cree usted que se origina una enfermedad mental?**

A partir de esta pregunta se podrá identificar cuáles son las causas que considera la población que producen las enfermedades, pudiendo conocer así conocimiento científicos y mitos.

**7.- ¿Qué cree que se debe hacer ante una E.M.?**

A través de esta pregunta se podrá conocer la forma en cómo procedería la población ante la presencia de la enfermedad mental en el seno familiar, o cómo sería la socialización que llevaría con una persona que la padeciera.

**- Del sub indicador Socialización Primaria:**



**8.- ¿Conversa usted con su familia sobre salud mental, sobre qué temas?**

Con esta pregunta se podrá conocer si en la familia se aborda este tema, en qué medida contribuye en la formación del conocimiento de salud y enfermedad mental, y cuál es el nivel de profundidad de interacción del tema.

**- Del sub indicador Socialización Secundaria:**

**9.- ¿En su escuela o trabajo le han hablado sobre salud mental, qué temas?**

De esta pregunta se espera saber si en los colegios existe interés por fomentar en los menores conocimiento sobre la importancia de la salud mental y acciones que se deben realizar ante una enfermedad mental; del mismo modo, si en los diferentes espacios laborales no se les es ajeno este tema de interés colectivo.

**10.- ¿Dialoga con sus amistades sobre enfermedad mental? ¿Qué temas?**

A partir de esta pregunta se podrá conocer si mediante las amistades que pertenecen a la socialización secundaria, son fuentes de construcción social de enfermedad mental y en qué medida dicho conocimiento es acertado.

**- Del sub indicador Promoción sobre Salud Mental:**

**11.- ¿Usted ha recibido charlas sobre salud mental del centro comunitario?**

**¿por qué le interesó conocer?**

A través de esta pregunta se podrá identificar el grado de relevancia que tiene el tema para la persona encuestada, de esa manera saber si se le es indiferente o se ve interesado por aprender.

**- Del sub indicador Imagen de las personas con E.M.:**

**12.- ¿Acepta y confía en la información brindada por los medios de comunicación sobre salud mental, por qué?**

Con esta pregunta se espera identificar el grado de credibilidad de la población hacia los medios de comunicación, y así conocer el impacto de estos en la construcción social de la enfermedad mental.

**13.- ¿Considera que la imagen que muestran los medios de comunicación sobre las personas con E.M. influye en el rechazo hacia ellos, por qué?**

Con esta pregunta se pretende descubrir si los medios de comunicación son emisores de contenidos negativos que impulsan el estigma y la estigmatización hacia personas con enfermedades mentales; asimismo, si son ejemplo de patrones sociales negativos.

**- Del sub indicador Autoestigma:**

**14.- ¿Considera usted que los medios de comunicación promueven el temor a convivir con una enfermedad mental, por qué?**

A partir de esta pregunta se podrá conocer si a través de los medios de comunicación se asimilan estereotipos negativos que promueven el rechazo y temor a la enfermedad mental.

### **1.10.2. ESTRUCTURA DE LA ENCUESTA DE ESTIGMATIZACIÓN**

#### **- Del sub indicador Actitudes de la familia frente a la E.M.:**

##### **1.- ¿Conoce usted a personas cercanas con enfermedades mentales? ¿Cómo son tratadas ellas?**

A través de esta pregunta se espera conocer el grado de interacción que tiene la persona encuestada con sujetos con enfermedad mental y cuál su experiencia.

##### **2.- ¿Qué haría usted si alguna persona en su familia empieza a padecer una enfermedad mental?**

A través de esta pregunta se busca conocer qué medidas y acciones tomaría la persona frente a la presencia de una enfermedad mental dentro de su hogar, conocer si son adecuadas o incorrectas.

##### **3.- ¿Cómo debe ser tratado una persona con enfermedad mental por su familia?**

A partir de esta pregunta se podrá identificar cuál es la actitud que asumirá la persona ante un familiar con enfermedad mental, a su vez cuál será el trato que este le dará.

#### **- Del sub indicador Calidad de vida:**

##### **4.- ¿Cómo es la relación de su comunidad con un sujeto con E.M.?**

A partir de esta pregunta se pretende descubrir si la persona ha testigo de maltrato o estigmatización hacia un sujeto con E.M.y si ello ha influencia en la aceptación de la conducta y ha sido incluida en su repertorio de respuestas en dicho contexto.

**5.- ¿Cómo deben ser tratadas las personas con enfermedad mental por parte de su comunidad?**

Con esta pregunta se busca conocer qué comportamiento asumiría como vecina de una persona con enfermedad, si le expresa apoyo o se le es indiferente y rechazado.

**6.- Si se encuentra usted a una persona con enfermedad mental deambulando en la calle, ¿Cómo reacciona?**

Con esta pregunta se busca conocer cómo se comporta la persona ante la presencia de un sujeto con enfermedad mental, si se muestra empática o expresa prejuicios.

**7.- ¿Se debe mantener a las personas con problemas de salud mental encerrados bajo llave para aislarlos de la sociedad, por qué?**

A través de esta pregunta se identificará si la persona considera de manera generalizada que los individuos con enfermedad mental deben ser internados y recibir un tratamiento especial.

**8.- ¿Utiliza usted el termino loco para insultar a alguien, independientemente si esa persona tiene o no una enfermedad mental?**

Con esta pregunta se pretende conocer si el término loco lo relaciona con toda enfermedad mental y si este es considerado con un calificativo denigrante y sarcástico.

**- Del sub indicador Miedo:**

**9.- ¿Considera que las personas con enfermedad mental originan miedo y mantienen una conducta agresiva? ¿Por qué?**

A través de esta pregunta se conocerá si se piensa que los sujetos con enfermedad mental fomentan miedo y si son concebidos como agentes agresivos.

**10.- ¿Considera que a las personas con enfermedad mental se les debe tratar con violencia para controlarlos?**

Con esta pregunta se conocerá si ante una situación una persona con enfermedad mental puede ser víctima de violencia.

**- Del sub indicador Oportunidades:**

**11.- ¿Contrataría usted a una persona con enfermedad mental?**

A través de esta pregunta se sabrá si consideran que una persona con enfermedad mental es capaz de desenvolverse correctamente en un puesto laboral y si este merece ser contratado.

**12.- ¿Permitiría usted que sus hijos tengan amigos con enfermedad mental?**

A partir de esta pregunta se conocerá si consideran normal la socialización con personas con enfermedad mental o se les debe de evitar.

### **1.3. FECHA DE APLICACIÓN**

Los dos instrumentos elaborados, se aplicaron en febrero del 2020, en las principales calles y espacios del Pueblo Joven Atusparia, especialmente el mercado central.

### **1.4. TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para el desarrollo del procesamiento de datos, se trabajaron tablas que presentan la pregunta formulada, las respuestas obtenidas, el sexo del encuestado y su grado

académico; no se tomó interés por la edad, debido a que se pretende identificar el nivel de conocimiento que tiene la población en general sobre enfermedad mental y la importancia que le presta, independiente a la edad que tenga; sin embargo, si se tomó en cuenta de que sea mayor de edad; se utilizó esta estrategia debido a que se busca una sensibilización de toda la comunidad chiclayana y proponer una alternativa de solución para contrarrestar el estigma y la estigmatización.

En función al análisis, se muestra la descripción de los datos conseguidos junto con sus respectivos cuadros y, posteriormente, se explica detalladamente la información obtenida según los objetivos planteados en la investigación.

## **CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIONES**

### **3.1. DISCUSIÓN SOBRE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA DE ENFERMEDAD MENTAL EN EL PERÚ**

#### **3.1.1. SOBRE LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ**

Desde no hace mucho tiempo atrás, al estado le era indiferente el tema de salud mental, tanto que no lo concebía un tema de interés comunitario ni de primera necesidad; resultaba un asunto de prioridad individual y del seno familiar.

Recién en el año de 1950 se empiezan a elaborar fármacos destinados a optimizar la sintomatología de los individuos que presentan alguna enfermedad mental; antes de esto, las personas se les consideraban como anómicos para la sociedad y se les aislaba en hospitales sin ninguna preocupación de su futuro, puesto que no eran productivos para la nación.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud llama a conmemorar el día 10 de octubre como el día de la Salud Mental, reconociendo a los que sobrellevan una enfermedad mental como seres valiosos y con las mismas oportunidades de quienes no la poseen, promoviendo la sensibilización.

En el Perú, según el informe del año 2014 del Minsa, las patologías neuropsiquiátricas simbolizan el 17% de las enfermedades en su conjunto, perjudicando directamente a la esperanza de vida, debido a que aquellos que conviven con una enfermedad mental disipan 33 años de vida saludable.

Según los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental (EESM), el Perú presenta anualmente el 20% en su población mayor de 12 años una tipología de trastorno mental, encontrándose con más frecuencia en las comunidades urbanas de Ayacucho, Iquitos, Puerto Maldonado, Puno, Tumbes y Pucallpa.

Las enfermedades y trastornos mentales más predominantes son la depresión y ansiedad, constituyendo Lima el 18%, la ciudad con mayor incidencia de la zona urbana, la sierra el 16% y la selva el 21%.

Cuadro 2: Porcentajes nacionales de incidencia de la enfermedad mental.

Ciudad	Prevalencia	Ciudad	Prevalencia
Huancayo (urbano, 2003)	19,9%	Lima-Provincia (urbano, 2007)	13,4%
Humanga (urbano, 2003)	26,0%	Huancayo (rural, 2008)	10,5%
Cajamarca (urbano, 2003)	19,1%	Huancayo (rural, 2008)	9,8%
Iquitos (urbano, 2004)	24,4%	Cajamarca (rural, 2008)	8,2%
Tarapoto (urbano, 2004)	17,3%	Iquitos (rural, 2009)	8,1%
Pucallpa (urbano, 2004)	21,9%	Pucallpa (rural, 2009)	11,0%
Bagua (urbano, 2005)	15,8%	Abancay (urbano, 2010)	13,4%
Puerto Maldonado (urbano, 2005)	25,4%	Huancavelica (urbano, 2010)	10,0%
Puno (urbano, 2005)	22,1%	Cuzco (urbano, 2011)	14,3%
Tacna (urbano, 2005)	20,2%	Huancayo (urbano, 2011)	15,3%
Tumbes (urbano, 2005)	23,8%	Callao (urbano, 2012)	8,6%
Chimbote (urbano, 2006)	16,3%	Lima Metropolitana (urbano, 2012)	12,2%
Arequipa (urbano, 2006)	18,8%		
Ica (urbano, 2006)	16,0%		
Trujillo (urbano, 2006)	16,5%		
Piura (urbano, 2006)	18,1%		

0-19,9	20,0-24,9	25,0 a +	Área
●	●	○	Urbana-capital
●	●	○	Rural

Fuente: Estudios Epidemiológicos de Salud Mental 2003 - 2012.

La violencia contra la mujer y maltrato infantil, suponen un asunto preocupante.

Un estudio realizado por la OMS en 10 países (siendo 12 lugares en total), mostraron que las mujeres cuzqueñas quedan en el segundo lugar a nivel mundial de las mujeres más vulneradas, ganándole solo Etiopía; pudiendo



argumentar que se debe a causas de patrones culturales que reflejan constructos patriarcales. Este problema sería un factor psicosocial que profundiza el riesgo a enfermedades mentales, como el caso de depresión y estrés postraumático; desencadenado muchas veces en vicios o suicidios.

Por tal motivo cualquier factor externo, como la pobreza, presión laboral, frustración, violencia, pueden generar un trastorno mental, debido a que altera el sistema nervioso central.

Una de las manifestaciones más comunes de violencia en el Perú hacia los enfermos mentales suele ser la discriminación, principalmente en espacios públicos (65%) y centros educativos (57%).

La población con mayor probabilidad de contraer un trastorno mental son las personas que poseen alguna discapacidad física, la comunidad del LGTBI, mujeres, niños y migrantes.

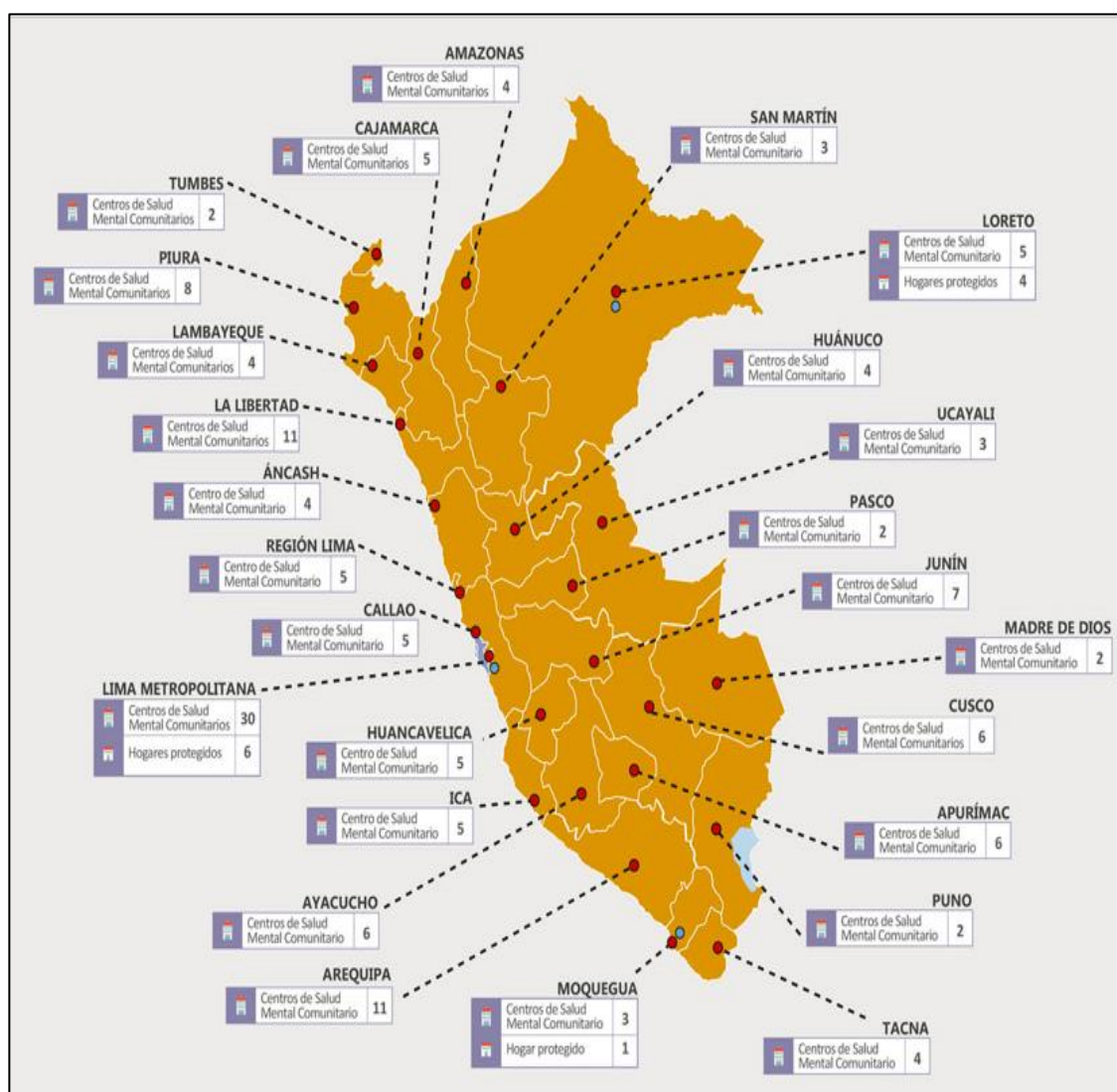
Las personas con enfermedad mental generalmente sufren desventajas sociales como ingreso económico bajo, servicio educativo y de salud ineficiente, desocupación y subempleo.

En el año 2013, se apertura la cobertura financiera, donde se aprueba las consultas psiquiátricas en su naturaleza integral: diagnóstica y terapéutica; esta permitirá brindar un proceso de rehabilitación, terapias individuales y grupales.

En el 2014, el Ministerio de Salud articulado con el Ministerio de Economía y Finanzas, establecen un programa de salud mental orientado a resultados “Control y prevención de la Salud Mental”, siendo parte del presupuesto destinado a las diligencias de promoción de la Salud en la característica de enfermedades crónicas no contagiosas.

Para el año 2015, se designa 20 millones de dólares al fortalecimiento de servicios psiquiátricos, en la modalidad de Centros de Salud Mental Comunitaria, creándose los primeros 22 CSMC en Lima y en seis regiones. Entre los años 2016 y 2018 ya existían 75 Centros de Salud Mental Comunitaria. En la actualidad existe 152 CSMC en todo el país, regulados por una norma técnica N.º 26842 y un equipo interdisciplinario y 11 hogares protegidos.

Figura 6: Centros de salud mental a nivel nacional



Fuente: [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)

### **3.1.2. DISCUSIÓN SOBRE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA DE ENFERMEDAD MENTAL EN LAMBAYEQUE**

Según la Oficina de Defensa Nacional de la GERESA, la salud mental de la población Lambayecana en el año 2019 registró 240 casos de trastorno psicótico en el primer semestre del año, y 3032 trastornos depresivos.

Las cifras que se registraron son elevadas y en la mayoría de casos, la psicosis se presenta acompañada de actos agresivos, variación de percepción visual y auditiva, siendo preciso y/u oportuno la atención inmediata.

Asimismo, se reconocen 4926 situaciones de agravio infantil, casos de adicciones, como droga (101), tabaco (50) y alcohol (581).

Ante esta alarmante cifra, se ha puesto en énfasis los casos de violencia, depresión, psicosis y vicios; tomando como medida la ejecución de 800 sesiones educativas sobre salud mental dirigido a alrededor de 890 personas. Por otro lado, se ha aperturado un programa de recuperación de Mujeres que abusan de sustancias, estando a cargo 60 profesionales de salud de diferentes equipos multidisciplinarios de hospitales, redes y centros de salud mental comunitarios.

Este proyecto, denominado GROW, está liderado por la Dirección de Salud Mental (GERESA - Lambayeque), por DEVIDA, Oficina de Asuntos Antinarcóticos, la Embajada de Estados Unidos y el CARE de Perú.

Las poblaciones más vulnerables son los jóvenes, en especial los universitarios, encontrándose trastornos como trastornos de sueño, depresión, ansiedad, frustración e intento suicida. En relación al género se presenta con mayor frecuencia en varones (78%) que en mujeres (57%).

### **3.1.3. DISCUSIÓN SOBRE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA DE ENFERMEDAD MENTAL EN CHICLAYO**

En Chiclayo existe un solo Centro de Salud Mental Comunitario que funciona desde el 18 de diciembre del 2017.

En el año 2018, según la Gerencia Regional de Salud, la población chiclayana registró los siguientes trastornos: ansiedad, trastorno por consumo de sustancias, trastornos por variación de estados de ánimo, trastornos en el control de impulsos; dentro de los diferentes trastornos de ansiedad se encontró como la más significativa a la fobia, y en los tipos de ansiedad, la ansiedad a la separación; en el caso del trastorno por cambios de ánimo, al depresivo mayor; y en cuanto a las sustancias más consumidas se encontró al alcohol.

En relación a la severidad de los casos, GERESA registró que durante el último año fueron intrascendentes un 41,2%, los casos moderados mantuvieron un 41,6%, y crítico el 17,2%.

En cuanto a la facilidad de acceso, solo el 32% de casos críticos pudieron recibir un tratamiento adecuado, el 18,1% de las personas con salud mental moderada lograron recibir tratamiento; las personas con trastornos leves 15,4%. Un dato importante es que no se encuentra un porcentaje que permite establecer diferencia por género ni por edad.

Por otro lado, los contextos sociales y antecedentes familiares fueron factores determinantes para el nacimiento y evolución de las enfermedades, como violencia intrafamiliar, trabajo infantil y adolescente, exceso uso de tecnología, vicios como el alcohol y las drogas.

Según una investigación por Fiestas & Piazza sobre “La prevalencia anual de trastornos y usos de servicios de Salud Mental en Perú” (2014), Chiclayo es una

de las cinco ciudades con mayor incidencia en enfermedad mental en el Perú, seguido por Iquitos, Arequipa y Huancayo, y siendo la más afectada la ciudad de Lima; asimismo, los trastornos más frecuentes son: trastorno de ansiedad (fobia social y específicas, ansiedad por separación), trastorno de estados de ánimos (trastorno depresivo mayor, bipolaridad) y trastornos relacionados a sustancias (alcohol, drogas).

### **3.1.4. SOBRE LA MUESTRA EN ESTUDIO: JOSÉ LEONARDO ORTIZ - PUEBLO JOVEN ATUSPARIA**

El distrito de José Leonardo Ortiz se creó bajo la Ley N° 13734, el 28 de noviembre del año 1961. Se creó por el municipio de Chiclayo al ver la necesidad de mejorar las condiciones de vida de su población y ante la concentración urbana que se empezaba a experimentar.

Su extensión es de 28.22km<sup>2</sup> y tiene como límites la acequia Chilapa hacia el norte, donde se integraron espacios donde existían azucareras; hacia el sur, el distrito de Chiclayo, por el este los distritos de Picsi y Chiclayo y por el oeste el distrito de Pimentel.

El distrito de José Leonardo Ortiz cuenta con casi 100 pueblos jóvenes, los más conocidos son Villa Hermosa, San José Obrero, Atusparia y Sagrado Corazón de Jesús.

Actualmente cuenta con 165,453 habitantes.

Según Fiestas & Piazza (2014), 13 de cada 100 residentes de la ciudad de Chiclayo presenta una enfermedad mental, asimismo el acceso al servicio de salud es limitado.

Las personas con enfermedad mental grave como esquizofrenia y paranoia generalmente se encuentran abandonadas, deambulando por las calles, desprotegidas, mal vestidas y suelen depender de los transeúntes para alimentarse diariamente.

Las personas que se encuentran en esta situación no tienen apoyo del estado y son estigmatizadas. Las personas con alguna patología mental que se encuentran siendo estigmatizadas, presentan las siguientes características: desconfianza, retraimiento, autoestima baja e inseguridad.

## 3.2. RESULTADOS DE LA ENCUESTA

### 3.2.1. INSTRUMENTO DE CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE ENFERMEDAD MENTAL

Cuadro 3: Caracterización de las personas con E.M.

SEXO/ CARÁCTERÍSTICA		Peligrosidad		Dependencia		Incapacidad		Impredecible		Agresividad		TOTAL	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	54	58	12	13	8	9	4	4	15	16	93	51%
	SIN ESTUDIOS	68	76	5	6	7	8	0	0	9	10	89	49%
	TOTAL	122	67	17	9	15	8	4	2	24	14	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	49	63	2	3	11	14	5	6	11	14	78	48%
	SIN ESTUDIOS	37	45	0	0	27	33	7	8	12	14	83	52%
	TOTAL	86	53	2	1	38	24	12	8	23	14	161	47%
TOTAL		208	61	19	5	53	15	16	5	47	14	343	100%

Fuente: Encuesta sobre la Construcción Social de Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Qué características cree usted que poseen las personas con enfermedades mentales? Se aprecia que, el 67% del total de varones, considera que una de las principales características del sujeto con enfermedad mental es la peligrosidad, representado por el 58% de varones con estudios y el 76% de varones sin estudios. Asimismo, el 14% de varones encuestados manifiestan que los caracteriza la agresividad, de este porcentaje el 16% de varones cuentan con estudios y el 10% no poseen. El 9% de la población de varones expresan que son dependientes, siendo el 13% varones con estudios y el 6% varones sin instrucción superior. Seguido con el 8% se encuentra la característica de la incapacidad, respaldada por el 9% de varones con estudios y el 8% de varones sin estudios.

Finalmente se muestra la característica de la impredecibilidad representada por el 4% del total de varones encuestados, siendo apoyada en su totalidad por varones con estudios superiores.

En el caso de la población femenina, el 53% del total, considera que los caracteriza la peligrosidad, representada por el 63% de mujeres con estudios y el 45% de mujeres sin estudios. El 24% manifiesta que los identifica la incapacidad, apoyada por el 14% de mujeres con estudios superiores y el 33% de mujeres sin estudios. El 14% expresa que los define la agresividad, esta característica es avalada por el 14% de mujeres con estudios y el 14% de mujeres que no cuentan con estudios. A su vez, el 8% del total de mujeres consideran que los determina la impredecibilidad, representada por el 6% de mujeres con estudios y el 8% de mujeres sin estudios. Por último, solo el 1% creen que son dependientes, respaldada por mujeres con estudios superiores.

Según las características expuestas y obtenidas de la población encuestada, se puede comprender que existe un estereotipo negativo del individuo con enfermedad mental y esto se debe al desconocimiento de lo implica convivir con ella.

Cuadro 4: Relación del nivel económico con la Enfermedad Mental

SEXO/ Razones		SÍ								NO						TOTAL	
		Son los que padecen más necesidades		Porque tienen que trabajar más		Por violación porque se ve más en clase social baja		Total		A cualquier persona le puede dar una E.M.		Porque no depende de la condición económica		Total			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	C.E.	5	28	8	44	5	28	18	24	61	81	14	19	75	70	93	51%
	S.E.	43	75	0	0	14	25	57	76	32	100	0	0	32	30	89	49%
	TOTAL	48	64	8	11	19	25	75	41	93	87	14	13	107	59	182	53%
MUJERES	C.E.	12	48	13	52	0	0	25	28	53	100	0	0	53	73	78	48%
	S.E.	57	90	0	0	6	10	63	72	18	90	2	10	20	27	83	52%
	TOTAL	69	78	13	15	6	7	88	55	71	97	2	3	73	45	161	47%
TOTAL		117	73	21	13	25	15	163	48	164	91	16	9	180	52	343	100%

Fuente: Encuesta sobre la Construcción Social de Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Cree usted que las personas con bajos recursos son más propensas a padecer una enfermedad mental? Se percibió que, el 48% de la población encuestada considera que sí existe relación y 52% que no se vinculan.

El 41% del total de varones, considera que sí existe una estrecha relación entre el nivel socioeconómico y la predisposición a contraer una enfermedad mental; dentro de este grupo, el 24% pertenecen a varones con estudios superiores y el 76% a varones sin estudios; cabe resaltar que el 64% concibe que la relación que guarda las condiciones económicas con la enfermedad mental se debe a que dicha población es la que padece mayores necesidades y eso las vuelve más vulnerables. Asimismo, el 19% expresa que sí porque se debe generalmente a una violación y que estos casos se ven con mayor frecuencia en las comunidades de bajos recursos y el 8% considera que sí existe relación porque es el grupo social con mayor presión laboral.

El porcentaje de los varones que respondieron que no existe una relación entre las condiciones económicas y la enfermedad mental es el 59% del total de varones encuestados, donde el 70% de este grupo presenta estudios superiores y el 30% no cuenta con ellos. Dentro de los que respondieron que no existe una relación entre ambos, el 87% expresaron que es porque cualquier persona puede contraer una enfermedad mental; y el 13% porque no depende de la condición económica sino de otros factores.

El 55% de la población femenina sostuvo que sí existe relación entre el nivel económico y la adquisición de enfermedad mental, dentro de este grupo, el 28% poseen estudios superiores y el 72% no lo poseen. Para el 78% de mujeres que dieron esta respuesta, sí se relaciona porque mencionan que esta población es la que padece más necesidades; el 15% piensa que, porque tienen que trabajar más para conseguir satisfacer sus necesidades, y el 7% porque creen que surge a raíz de una violación, las que por lo general se producen en este sector social.

El porcentaje de las mujeres que respondieron que no existe una relación entre las condiciones económicas y la enfermedad mental es el 45% del total de mujeres encuestadas, donde el 97% considera que cualquier persona puede poseer una enfermedad mental y el 3% que surge independientemente de su condición social.



Ante estas respuestas se puede detectar que existe un prejuicio marcado entorno a las poblaciones que pueden contraer una enfermedad mental, sin embargo, si bien, no existe una condición económica y sector social específico en el que se presente, las explicaciones de sus respuestas expresan razones justificables que en cierta medida son impulsores de enfermedades mentales, es decir, las condiciones sociales generan situaciones de estrés que a largo plazo desembocan trastornos.

También se puede detectar que, no se presenta mucha diferencia entre el pensamiento de la población con mayor grado de instrucción y la población con educación básica, en otras palabras, ambos grupos encuentran una relación entre realidad económica y la enfermedad mental; pero si comparamos los resultados por género, es significativa la diferencia en porcentajes según la respuesta negativa, se puede apreciar que un 10% más de varones conciben que no guardan relación.

Cuadro 5: Estilo de vida de un sujeto con enfermedad mental.

SEXO/ Razones		SÍ		NO								TOTAL	
				Porque no es capaz de valerse por sí mismo		Porque no puede trabajar		Porque no puede desarrollarse como cualquier persona		TOTAL			
		TOTAL											
		N.º	%									N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	0	0	87	94	4	4	2	2	93	51	93	51%
	SIN ESTUDIOS	0	0	56	63	0	0	33	37	89	49	89	49%
	TOTAL	0	0	143	79	4	2	35	19	182	53	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	0	0	73	94	0	0	5	6	78	48	78	48%
	SIN ESTUDIOS	0	0	68	82	11	13	4	5	83	52	83	52%
	TOTAL	0	0	141	88	11	7	9	5	161	47	161	47%
TOTAL		0	0	284	83	15	4	44	13	343	100%	343	100%

Fuente: Encuesta sobre la Construcción Social de Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Considera que una persona con enfermedad mental puede llevar una vida normal? Se obtuvo que, toda la población encuestada considera que un sujeto con enfermedad mental no puede tener una vida común.

El 73% del total de varones menciona que no puede llevar una vida normal, porque no es capaz de valerse por sí mismo, esta respuesta la representa el 94% de varones con estudios superiores y el 63% sin estudios. Asimismo, el 19% manifiesta que no porque no puede desarrollarse como cualquier persona, esta opinión la respalda el 2% de los varones con estudios y el 37% de varones sin estudios. Por último, el 2% de la población de varones encuestados expresa que no porque no puede trabajar, avalada en su totalidad por el 4% de varones con estudios.

Según la población femenina, el 88% considera que no puede mantener una vida común porque no es capaz de valerse por sí mismo, esta opinión la comparte el 94% de mujeres con estudios superiores y el 82% de mujeres sin estudios. A su vez, el 7% expresa que no porque no puede trabajar, esta respuesta la representa en su totalidad el 13% de mujeres sin estudios. Finalmente, el 5% de mujeres encuestadas manifiestan que no puede llevar una vida normal un sujeto con enfermedad mental debido a que no puede desarrollarse como cualquier persona, este pensamiento es respaldado por el 6% de mujeres con estudios y el 5% de mujeres si estudios.

Según los resultados, se puede distinguir que la totalidad de la población respalda la respuesta que un sujeto con enfermedad mental no puede llevar una vida común, esto permite comprender que existe un pensamiento equivocado de las capacidades del sujeto con enfermedad mental, consideran que el convivir con ella lo convierte en una persona dependiente y por ende incapaz de poder ser productivo y sostenerse de forma independiente, asimismo, creen que la enfermedad mental imposibilita el desarrollarse como persona en los diferentes espacios y roles; esta forma de pensar es la que ocasiona el estigma, es decir, la discriminación e inferiorización de este grupo social, desencadena prácticas de estigmatización que originan exclusión.

También se puede observar que no existe diferencia de respuesta entre la población femenina y masculina, sin embargo, sí en las razones que justifican dichas respuestas, esto permite a su vez analizar que el contar con estudios superiores no

es una garantía de sostener pensamientos correctos que eviten la estigmatización; por tanto, es indispensable que la sensibilización se otorgue a nivel general.

Cuadro 6: Personas con enfermedad mental y cargos públicos

SEXO/ Razones		SÍ		NO								TOTAL	
				Porque no está en sus facultades		Porque es una persona inestable en su salud		Porque se necesita ser una persona sana		TOTAL			
N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
HOMBRES	CON ESTUDIOS	0	0	56	60	15	16	22	24	93	51%	93	51%
	SIN ESTUDIOS	0	0	26	29	12	14	51	57	89	49%	89	49%
	TOTAL	0	0	82	45	27	15	73	40	182	100%	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	0	0	18	23	14	18	46	59	78	48%	78	48%
	SIN ESTUDIOS	0	0	23	28	0	0	60	72	83	52%	83	52%
	TOTAL	0	0	41	25	14	9	106	66	161	100%	161	47%
TOTAL		0	0	123	36	41	12	179	52	343	100%	343	100%

Fuente: Encuesta sobre la Construcción Social de Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Cree usted que las personas con enfermedad mental pueden ocupar cargos públicos? Se obtuvo que, el total de la población encuestada considera que las personas que sobrellevan una enfermedad no pueden ejercer y ocupar cargos públicos.

El 45% del total de la población masculina considera que no puede ocupar un cargo público a causa de que no se encuentra en sus facultades, esta respuesta se ve representada por el 60% de varones con estudio y el 29% de varones con educación básica. El 40% manifiesta que no podría desempeñar un cargo público debido a que no es una persona sana y un puesto así debe estar dirigida a una; esta opinión es compartida por el 24% de los varones con estudios y el 57% de varones sin estudios superiores. Asimismo, el 15% de los varones encuestados expresan que no podrían ejercer el puesto porque son personas inestables en su salud y eso los limita, este

pensamiento se encuentra avalo por el 16% de los varones con nivel de instrucción superior y el 14% de varones sin estudios.

Para la población femenina, el 25% considera que no puede ejercer un cargo público debido a que se necesita ser una persona sana para hacerlo, dicha respuesta está respaldada por el 59% de mujeres con estudios superiores y el 72% sin estudios. Le sigue el 25% de mujeres que expresan que no pueden ocupar un cargo público porque no está en sus facultades, esta repuesta está representada por el 23% de la población femenina si estudios superiores y el 28% sin estudios. Por último, el 9% de mujeres encuestadas y que en su totalidad cuentan con estudios superiores consideran que no pueden desempeñar un cargo público debido a ser una persona que inestable en su salud.

A partir de los resultados mostrados podemos corroborar la existencia de estigma en la construcción social de enfermedad mental debido a que la totalidad de la población encuestada manifiesta que no debería ocupar un cargo público un sujeto con enfermedad mental, expresando que es porque no se presenta capaz para desempeñarlo, ello conlleva a las limitaciones de acceso a oportunidades y marginación.

Cuadro 7: Personas con enfermedad mental y vida familiar

SEXO/ Razones		SÍ		NO								TOTAL	
				Porque no podrá cuidar bien a sus hijos		Porque no podrá cubrir sus necesidades por falta de trabajo		Porque pueden heredar su enfermedad		Total			
		Total											
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	C.E.	0	0	55	59	6	7	32	34	93	51	93	51%
	S.E.	0	0	39	44	0	0	50	56	89	49	89	49%
	TOTAL	0	0	94	52	6	3	82	45	182	53	182	53%
MUJERES	C.E.	0	0	68	87	0	0	10	13	78	48	78	48%
	S.E.	0	0	44	53	0	0	39	47	83	52	83	52%
	TOTAL	0	0	112	76	0	0	49	30	161	47	161	47%
TOTAL		0	0	206	60	6	2	131	38	343	100	343	100%

Fuente: Encuesta sobre la Construcción Social de Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Cree usted que las personas con enfermedad mental pueden llegar a tener hijos y criarlos normalmente? Se encontró que, la totalidad de la población encuestada considera que el sujeto con enfermedad mental no puede llegar a construir y mantener una vida familiar.

El 52% de la población masculina manifiesta que el sujeto con enfermedad mental no puede llegar a tener hijos y criarlos normalmente debido a que no podrá cuidar bien a sus hijos, esta respuesta se encuentra representada por el 59% de los varones que poseen estudios superiores y el 44% de varones que no posee. El 45% declara que no puede llevar una vida familiar puesto que sus hijos podrían llegar a heredar su enfermedad, esta opinión la comparte el 34% de la población masculina con estudios y el 56% sin estudios. Asimismo, el 3% de los varones encuestados expresan que no pueden desempeñar el rol de padre de familia ya que no podrían cubrir las necesidades del hogar por falta de trabajo, esta respuesta es respaldada por el 7% de varones con estudios superiores.

En la población femenina, el 76% de mujeres considera que no pueden llevar una vida familiar debido a que no pueden cuidar correctamente a sus hijos, esta respuesta es avalada por el 87% de mujeres con estudios superiores y el 53% sin estudios. Seguido está el 30% de mujeres que expresan que no pueden llegar a tener hijos y criarlos porque pueden heredar su enfermedad, esta opinión la comparte el 13% de población con grado de instrucción superior y el 47% con educación básica.

Tanto varones como mujeres consideran que la principal razón por la que una persona con enfermedad mental no puede llegar a tener hijos y criarlos con normalidad es porque no podría cuidarlo bien, ello refleja el grado de desvalorización y de subestimación que se le otorga, en tanto, se le considera inepto para sostener una familia y se le niega la posibilidad de construirla; frente a ello, el nivel de estigma es elevado puesto que en su totalidad respaldan esta forma de pensar.

Es importante recalcar que esto se debe a la ignorancia del tema, lo que promueve la presencia y reproducción de estereotipos negativos y prejuicios sociales que colocan al sujeto con enfermedad mental como un ser que necesita de otros y no puede hacerse cargo de él y mucho menos de una familia, es por esta razón que

resulta indispensable difundir conocimiento respecto a las diferentes patologías y trastornos a fin de no generalizar y caer en la devaluación social.

Cuadro 8: Causas de la enfermedad mental

SEXO/ CARÁCTERÍSTICA		Brujería		Violación		Congénito		Por estrés		Por consumo de drogas		TOTAL	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	0	0	0	0	54	58	0	0	39	42	93	51%
	SIN ESTUDIOS	17	19	3	3	27	31	0	0	42	47	89	49%
	TOTAL	17	9	3	1	81	45	0	0	81	45	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	6	8	7	9	31	40	4	5	30	38	78	48%
	SIN ESTUDIOS	25	30	14	17	32	39	0	0	12	14	83	52%
	TOTAL	31	19	21	13	63	39	4	3	42	26	161	47%
TOTAL		48	14	24	7	144	42	4	1	123	36	343	100%

Fuente: Encuesta sobre la Construcción Social de Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Qué cree usted que causa una enfermedad mental?, se obtuvo que, el 45% de la población masculina considera que lo que origina una enfermedad mental es el consumo de drogas, esta respuesta la representa el 42% de varones con estudios superiores y el 47% de varones sin estudios. Asimismo, el 45% manifiesta que se produce por un tema congénito, dicha opinión la comparte el 58% de la población masculina con estudios y el 32% sin estudios. El 8% de los varones encuestados expresan que se debe a la brujería, esta respuesta es respaldada por el 19% de varones sin estudios. Finalmente, el 1% de varones considera que se ocasiona a partir de una violación.

En el caso de la población femenina, el 39% considera que la enfermedad mental es causada por un factor congénito, esta respuesta está avalada por el 40% de mujeres con instrucción superior y el 39% de mujeres sin estudios. El 26% manifiesta que se debe al consumo de drogas, esta opinión la comparte el 39% de mujeres con estudios y el 14% sin estudios. Seguido con el 19%, se encuentran las mujeres que piensan que la enfermedad mental es causada por la brujería, esta respuesta está

representada por el 8% de mujeres con estudios superiores y el 30% sin estudios. Asimismo, el 13% de la población femenina expresa que se produce por la violación, dicha respuesta se encuentra respaldada por el 9% de mujeres con estudios y el 17% sin estudios. Finalmente, el 3% de la población femenina, comprendida por mujeres con estudios superiores consideran que se produce por la existencia de estrés.

Según los resultados, existen pensamientos equivocados sobre los causantes de enfermedad mental y una prueba de ello es el pensar que se produce por la brujería, la población que aún posee creencias en las que las enfermedades físicas y mentales son originadas por actos malintencionados se debe a la presencia de entornos culturales que practican dichos procesos, a familiares que fueron víctimas de ellos o que tienen cercanía a los mismos; el grupo que tuvo mayor incidencia en esta respuesta fueron las mujeres con menor grado de instrucción.

Asimismo, un aspecto importante a rescatar es el pensamiento de que el factor genético no es la única causante de dichos trastornos, sino que se deben a diferentes causas como el consumo de sustancias, la violación (como hecho social que promueve y desencadena un trastorno), el estrés como variable mediadora que vincula las experiencias sociales con la salud mental.

Cuadro 9: Respuesta ante la enfermedad mental

SEXO/ CARÁCTERÍSTICA		Chamanismo		Limpia		Rezar		Internar en un hospital		Recibir un tratamiento		TOTAL	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	9	10	13	14	3	3	61	66	7	7	93	51%
	SIN ESTUDIOS	16	18	22	25	5	6	46	51	0	0	89	49%
	TOTAL	25	14	35	19	8	4	107	59	7	4	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	0	0	6	8	0	0	60	77	12	15	78	48%
	S.E.	24	29	8	10	4	5	37	44	10	12	83	52%
	TOTAL	24	15	14	9	4	2	97	60	22	14	161	47%
TOTAL		49	14	49	14	12	4	204	59	29	9	343	100%

Fuente: Encuesta sobre la Construcción Social de Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Qué cree que se debe hacer ante una E.M.? Se halló que, el 59% de varones encuestados considera que se debe internar en un hospital a las personas con enfermedades mentales, dicha respuesta está representada por el 66% de varones con estudio superior y el 51% de varones sin estudio. También se obtuvo que, el 19% de la población masculina piensa que ante una enfermedad mental lo más oportuno es llevarle hacer una limpia, esta opinión es compartida por el 14% de varones con instrucción superior y el 25% de varones sin estudios. Asimismo, el 14% cree que se debe ir ante un chamán o persona que pueda hacer rituales que permitan curar la enfermedad, este pensamiento lo tuvo el 10% de varones con estudios y el 18% de varones sin estudios universitarios. El 4% de varones manifestó que se debe rezar ante la presencia de una enfermedad mental para que esta se cure, dicha respuesta estuvo respaldada por el 3% de varones con estudios y el 6% de varones sin estudios superiores. Finalmente, el 4% de varones, que en su totalidad fueron con instrucción superior expresaron que se debe ir a recibir un tratamiento.

Según los resultados de la población femenina, el 60% de mujeres considera que se debe internar en el hospital cuando se presenta una enfermedad mental, dicha respuesta está representada por el 77% de mujeres con estudios y el 44% de mujeres sin estudios. El 15% manifestó que se debe recurrir al chamanismo para combatir la enfermedad mental, esta respuesta la comparte el 29% de mujeres sin instrucción superior. También se encontró que el 14% de mujeres creen que se debe ir a recibir un tratamiento, esta respuesta está avalada por el 15% de mujeres con estudios y el 12% sin estudios. Seguido con el 9% las mujeres que consideran que se le debe hacer una limpia para desaparecer la enfermedad mental, representada por el 8% de mujeres con estudios y el 10% sin estudios. Por último, el 2% de mujeres que no cuentan con estudios superiores consideran que se debe rezar.

Frente a estas respuestas se puede identificar que la respuesta más inmediata ante la enfermedad mental es el de acudir a un hospital para internar al sujeto con enfermedad, debido a que esa respuesta la respalda el 59% de la población total y solo un mínimo porcentaje, 9%, considera que se debe recibir un tratamiento;



esto conlleva a deducir que la población Chiclayana no se encuentra preparada para asumir una enfermedad mental y para convivir con ella, ya sea a nivel individual, en el seno familiar o en su comunidad.

Cuadro 10: Socialización del tema de enfermedad mental en familia

SEXO/ Razones		Sí		NO								TOTAL	
				Porque no conversamos mucho		Porque estamos ocupados en otras cosas		Porque no tenemos algún caso en la familia		Total			
		Total											
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	0	0	15	16	70	75	8	9	93	51	93	51%
	SIN ESTUDIOS	0	0	6	7	49	55	34	38	89	49	89	49%
	TOTAL	0	0	21	12	119	65	42	23	182	53	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	0	0	2	3	68	87	8	10	78	48	78	48%
	SIN ESTUDIOS	0	0	13	16	56	67	14	17	83	52	83	52%
	TOTAL	0	0	15	9	124	77	22	14	161	47	161	47%
TOTAL		0	0	36	10	243	71	64	19	343	100	343	100%

Fuente: Encuesta sobre la Construcción Social de Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Conversa usted con su familia sobre salud mental, sobre qué temas?, se obtuvo que, la totalidad de la población no conversa con su familia sobre temas relacionados con la salud y enfermedad mental.

El 71% de la población total manifestó que no conversa sobre enfermedad mental con su familia debido a que se encuentran ocupados en otras cosas, dicha respuesta se encuentra representada por el 65% de varones encuestados y el 77% de mujeres. También se identificó que el 19% expresa que no conversa sobre el tema en su familia, puesto que no presentan ningún caso de enfermedad mental en su hogar por lo que no se les hace importante hacerlo, dicha opinión es compartida por el 23% de varones encuestados y el 14% de la población femenina.

Por último, el 10% considera que no dialogan sobre enfermedad mental ya que no conversan mucho en su familia, esta respuesta está respaldada por el 12% de varones y el 9% de mujeres encuestadas.

La información rescatada demuestra que, a pesar de ser un tema de interés y trascendencia social no existe diálogo al respecto en la socialización primaria, sin embargo, este entorno no escapa de ser una forma de desarrollo de tal conocimiento, en tanto que el minimizar el tema ya significa una deconstrucción del mismo.

Cuadro 11: Información de salud mental en el colegio y trabajo

SEXO/ Razones		SÍ		NO								TOTAL	
				Porque no es un tema de interés		Porque no tenemos compañeros de trabajo enfermos		Informaban sobre otros temas		Total			
		Total											
		N.º	%									N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	0	0	35	38	7	7	51	55	93	51	93	51%
	SIN ESTUDIOS	0	0	14	16	64	72	11	12	89	49	89	49%
	TOTAL	0	0	49	27	71	39	62	34	182	53	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	0	0	23	29	16	21	39	50	78	48	78	48%
	SIN ESTUDIOS	0	0	42	51	3	3	38	46	83	52	83	52%
	TOTAL	0	0	65	40	19	12	77	48	161	47	161	47%
TOTAL		0	0	114	33	90	26	139	41	343	100	343	100%

Fuente: Encuesta sobre la Construcción Social de Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿En su escuela o trabajo le han hablado sobre salud mental, qué temas?, se obtuvo que, el total de la población encuestada no ha recibido alguna charla sobre salud mental ni en su centro escolar ni laboral.

El 41% del total de encuestados manifiesta que no ha recibido ninguna capacitación sobre salud mental debido a que prefieren informar sobre otros temas, esta respuesta es compartida por el 34% de varones y el 48% de mujeres. Asimismo, el

33% menciona que no imparten charlas porque no es un tema de interés para los trabajadores, esta respuesta está representada por el 27% de la población masculina y el 40% de la población femenina. Por último, el 26% de encuestados expresa que no se le brinda información al respecto puesto que no cuentan con compañeros que posean una enfermedad mental, esta respuesta es respaldada por el 39% de varones y el 12% de mujeres.

A partir de los datos mostrados podemos reconocer que no existe interés por difundir información sobre salud mental en los centros educativos ni en espacios laborales, esto resulta un obstáculo para la construcción adecuada de enfermedad mental, debido a que si uno de los trabajadores llegase a contraer una enfermedad no sabría cómo manejar dicha situación y sus compañeros como tratarlo.

Cuadro 12: Socialización del tema de E.M. con amistades

SEXO/ Razones		SÍ						NO		TOTAL	
		Para que me de consejos para un familiar		A veces, porque tenemos vecinos con E.M.		Total		Porque hablamos de otros temas			
								Total			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	6	25	18	75	24	49	69	52	93	51%
	SIN ESTUDIOS	4	56	21	84	25	51	64	48	89	49%
	TOTAL	10	20	39	80	49	27	133	73	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	0	0	7	100	7	29	71	52	78	48%
	SIN ESTUDIOS	12	71	5	29	17	71	66	48	83	52%
	TOTAL	12	50	12	50	24	15	137	85	161	47%
TOTAL		22	30	51	70	73	21	270	79	343	100 %

Fuente: Encuesta sobre la Construcción Social de Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Dialoga con sus amistades sobre enfermedad mental? ¿Qué temas?, se obtuvo que, el 21% de la población encuestada dialoga sobre enfermedad mental con sus amistades y el 79% no lo hace.

Del 21% que sí socializa el tema, el 30% expresa que lo hace para pedir consejos de cómo tratar a un familiar que sobrelleva una enfermedad mental, esta respuesta se ve representada por el 20% de la población masculina y el 50% de la población femenina. Asimismo, el 70% manifiesta que conversa sobre ello a veces debido a que tienen vecinos con enfermedades relacionadas, esta opinión la comparte el 80% de varones y el 50% de mujeres.

El 79% que sostuvo que no dialoga sobre enfermedad mental con sus amistades, mencionó que era porque conversaban sobre otros temas, esta respuesta representa el 73% del total de la población masculina y el 85% de la población femenina.

Según los resultados presentados, las amistades juegan un papel importante en la construcción social de enfermedad mental y a pesar de ser un porcentaje bajo el que dialoga con sus pares sobre este tema, resulta trascendental dentro de los agentes de socialización secundaria que influyen en la formación de la imagen del sujeto con enfermedad mental y patrones de conducta.

Cuadro 13: Participación del centro comunitario en la construcción de E.M.

SEXO/ Razones		SÍ						NO						TOTAL	
		Para cuidar al E.M en la familia		Para prevenir E.M		Total		Porque no tenemos casos en la familia		Solo para los profesional es en salud		Total			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	12	86	2	14	14	64	66	84	13	16	79	49	93	51%
	SIN ESTUDIOS	8	100	0	0	8	36	42	52	39	48	81	51	89	49%
	TOTAL	20	91	2	9	22	12	108	68	52	32	160	88	182	53%
MUJERES	C.E.	19	100	0	0	19	51	5	8	54	92	59	48	78	48%
	S.E.	18	100	0	0	18	49	14	22	51	78	65	52	83	52%
	TOTAL	37	100	0	0	37	23	19	15	105	85	124	77	161	47%
TOTAL		57	97	2	3	59	17	127	45	157	55	284	83	343	100 %

Fuente: Encuesta sobre la Construcción Social de Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Usted ha recibido charlas sobre salud mental del centro comunitario? ¿por qué le interesó conocer?, se halló que, el 17% de la población encuestada considera que sí ha recibido alguna charla sobre salud mental por el Centro Comunitario y el 83% que no ha tenido la oportunidad.

Del 17% de encuestados manifiestan que sí ha recibido charlas, el 97% dice que le interesó para poder cuidar a la persona con enfermedad mental en su hogar, esta respuesta está representada por el 91% de varones y el 100% mujeres que respondieron positivo. Asimismo, el 2% de varones que respondieron que sí es importante conocer al respecto, mencionan que es para poder prevenir una enfermedad mental.

Del mismo modo, de 83% que respondió que no han recibido capacitaciones, el 55% dice que es porque solo les compete a los profesionales de salud, esta opinión la comparte el 32% de varones y el 85% de mujeres que respondieron negativo. A su vez, el 45% de la población que respondió que no es necesario conocer sobre el tema expresó que es porque no tienen casos de enfermedad mental en la familia, por lo que no se les hace necesario conocer, dicha respuesta estuvo respaldada por el 68% de varones y el 15% de mujeres.

A partir de los resultados, podemos identificar que existe en cierta medida un desinterés por conocer sobre salud mental, puesto que solo el 17% considera importante estar informado sobre el tema; se puede percibir también, que las mujeres sin estudios superiores tienden a creer más que los varones que solo debe ser un tema de interés para aquellos profesionales que se encargan de ello; esta respuesta es preocupante, en tanto significa una barrera para impartir conocimiento.

La importancia de esta pregunta para la investigación no es el conocimiento propiamente dicho, sino los medios que influyen en su formación y cómo a partir de él se despliegan un conjunto de prácticas sociales que no son positivas en la socialización, y que al contrario fomentan desigualdad. Por tal motivo, si la población demuestra indiferencia de conocer sobre salud y enfermedad mental, las posibilidades de estigmatización son elevadas y convierten a este grupo social en un grupo vulnerable y expuesto a limitaciones que dificultan su normal desarrollo personal y social, asimismo, involucrarse en los diferentes espacios y ejercer roles que al igual que los demás sería capaz de realizar óptimamente, por ello, es

necesario intervenir en el proceso de aprendizaje del tema, para así promover inclusión y contrarrestar los estratos sociales marginados.

Cuadro 14: Confianza en la información de los medios de comunicación

SEXO/ Razones		SÍ						NO		TOTAL	
		Porque imparte información científica		Porque muestran imágenes que respaldan la información		Total					
								Total			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	67	72	26	28	93	51	0	0	93	51%
	SIN ESTUDIOS	45	51	44	49	89	49	0	0	89	49%
	TOTAL	112	62	70	38	182	53	0	0	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	78	100	0	0	78	48	0	0	78	48%
	SIN ESTUDIOS	51	61	32	39	83	52	0	0	83	52%
	TOTAL	129	80	32	20	161	47	0	0	161	47%
TOTAL		241	70	102	30	343	100	100 %	0	343	100 %

Fuente: Encuesta sobre la Construcción Social de Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Acepta y confía en la información brindada por los medios de comunicación sobre enfermedad mental, por qué?, se obtuvo que, el 100% de personas encuestadas confían en la información que se emite los diferentes medios de comunicación sobre enfermedad mental.

El 70% de la población encuestada expresa que sí confía porque imparte información científica, esta respuesta se encuentra representada por el 62% de varones y el 80% de mujeres. Asimismo, el 30% de encuestados consideran que, si creen en la información de los medios de comunicación debido a que, muestran imágenes que respaldan dicha información, esta opinión la comparte el 38% de varones y el 20% de mujeres.

De los datos obtenidos, se puede identificar que existe mucha confianza por parte de la población en los medios de comunicación, ello convierte a los medios de

comunicación en una herramienta importante para la construcción social de enfermedad mental, debido a que según la información que emita, la población actuará asertiva o equivocadamente frente a una.

Cuadro 15: Imagen que emite los medios de comunicación sobre enfermedad mental

SEXO/ Razones		SÍ								NO		TOTAL	
		Porque las presentan como personas peligrosas		Porque las muestran como personas agresivas		Porque las presenta n como personas poco sociables		Total		Porque solo describen como son			
										Total			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	58	66	21	24	9	10	88	59	5	16	93	51%
	SIN ESTUDIOS	26	42	34	55	2	3	62	41	27	84	89	49%
	TOTAL	84	56	55	37	11	7	150	82	32	18	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	41	76	13	24	0	0	54	45	24	59	78	48%
	SIN ESTUDIOS	15	23	43	65	8	12	66	55	17	41	83	52%
	TOTAL	56	47	56	47	8	6	120	75	41	25	161	47%
TOTAL		140	52	111	41	19	7	270	79	73	21	343	100%

Fuente: Encuesta sobre la Construcción Social de Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Considera que la imagen que muestran los medios de comunicación sobre las personas con E.M. influye en el rechazo hacia ellos, por qué?, se encontró que, el 79% de la población considera que los medios de comunicación sí influyen en su rechazo a las personas con enfermedad mental y el 21% considera que no es así.

Del 79% de la población que considera que sí influye, el 52% piensa que es porque presentan a las personas con enfermedad mental como peligrosas, esta respuesta se encuentra representada por el 56% de varones y el 47% de mujeres. También se encontró que, el 41% considera que sí influye debido a que muestran a los sujetos con enfermedad mental como seres agresivos y ello hace que se alejen de ellos, esta opinión la comparte el 37% de varones y el 47% de mujeres. Por último, el 7%

considera que sí influye porque presentan a los sujetos con enfermedades mentales como poco sociables, dicha respuesta está respaldada por el 7% de varones y 6% de mujeres.

El 21% de la población que considera que no influye, expresa que es porque los describen como son, por lo que no están alterando nada, esta respuesta es sostenida por el 18% de varones y el 25% de mujeres.

Según las respuestas mostradas, existe gran impacto en la imagen que brinda los medios de comunicación en el pensamiento de la comunidad, por lo que de ellos dependerá la actitud y conductas que presenten en el momento de socializar con sujetos que padecen alguna enfermedad.

Al detectar que influye significativamente, podemos comprender que la información emitida a través de los medios de comunicación y respaldada por imágenes genera que la comunidad rechace a estos individuos; reconociendo así, que dicha información no es la más adecuada y veraz, en tanto, no permite la construcción correcta de enfermedad mental y promueve la exclusión y discriminación.

Según la teoría de la construcción social de la realidad de Berger y Luckman, el conocimiento se iba formando a partir de 4 características; en este caso se podría explicar a partir de la segunda característica, en la que mencionan que el individuo es producto social y cultural, es decir, que a través de la observación de patrones sociales compartidos y aceptados por la comunidad él construye su repertorio de respuestas y aprende a enfrentar situaciones específicas.

Los medios de comunicación al emitir información sobre lo que concierne a enfermedad mental, estereotipos negativos, características denigrativas, calificativos mal intencionados, impulsan la percepción de un sujeto que no es capaz de convivir socialmente y más aún que este representa un peligro social, al utilizar por ejemplo, el término “loco” con el objetivo de describir a una persona no necesariamente con enfermedad mental para referirse a que no sabe comportarse o que su conducta atenta contra el bienestar de la sociedad, inmediatamente los espectadores asimilan ese mensaje y aprenden que dicho calificativo determina y define a un sujeto que sobrelleva una enfermedad mental, promoviendo representaciones de estigmatización y prácticas que expresan sentimiento de



rechazo y menosprecio. Asimismo, si el receptor llegase a tener una enfermedad mental puede generar autocompasión, depresión, angustia, menosprecio y autocensura, por lo que al temer ser tratado diferente o mal por la sociedad puede optar por ocultarlo o negarlo, provocando que no se atienda a tiempo y genere consecuencias negativas en su salud.

Cuadro 16: Influencia de los medios de comunicación en el temor a la E.M.

SEXO/ Razones		Sí								NO		TOTAL	
		Porque lo relacionan con dependencia		Porque significa aislarse de la sociedad		Porque las muestran como personas inútiles		Total		Porque describen la realidad			
										Total			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	28	36	46	59	4	5	78	48	15	71	93	51%
	SIN ESTUDIOS	27	33	56	67	0	0	83	52	6	29	89	49%
	TOTAL	55	35	102	63	4	2	161	88	21	12	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	39	53	22	30	13	17	74	47	4	100	78	48%
	SIN ESTUDIOS	10	12	67	81	6	7	83	53	0	0	83	52%
	TOTAL	49	31	89	57	19	12	157	98	4	2	161	47%
TOTAL		104	33	191	60	23	7	318	93	25	7	343	100%

Fuente: Encuesta sobre la Construcción Social de Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Considera usted que los medios de comunicación promueven el temor a convivir con una enfermedad mental, por qué?, se obtuvo que, el 93% de la población encuestada considera que los medios de comunicación influyen en la aparición del temor social ante la enfermedad mental y el 7% considera que no tiene impacto en su forma de convivir con ella.

Del 93% de encuestados que manifiestan que sí existe influencia, el 60% considera que es porque el tener una enfermedad mental implica aislarse de la sociedad, esta opinión la comparte el 63% de varones y el 57% de mujeres. Asimismo, el 33%

expresa que se debe a que la muestran como una enfermedad que conlleva a la dependencia y eso genera temor, puesto que no desean tener que valerse de otros, esta respuesta se encuentra representada por el 35% de varones y el 31% de mujeres. Finalmente, el 7% explica que se debe a que muestran a los sujetos con enfermedad mental como personas inútiles, dicha respuesta es sostenida por el 2% de varones y el 12% de mujeres.

Asimismo, 7% de la población encuestada expresó que no genera temor a convivir con una enfermedad mental, ya que solo describen la realidad, esta respuesta está respaldada por el 12% de varones y el 2% de mujeres.

A través de los datos mostrados, se puede apreciar que existe un gran porcentaje de la población que se ve atemorizada y le aterra contraer una enfermedad mental, esto ocasiona no solo la estigmatización hacia aquel que conoce que padece una enfermedad de este tipo sino que puede generar la auto estigmatización, produciendo el retraimiento social y auto desvalorización, del mismo modo, al desconocer lo implica realmente una enfermedad mental puede producir el no saber actuar frente a la presencia de una y deteriorar su salud por el mal manejo de la misma.

### 3.2.2. SOBRE EL INSTRUMENTO DE ESTIGMATIZACIÓN

Cuadro 17: Relación con personas con enfermedades mentales

SEXO/ Razones		SÍ						NO		TOTAL	
		LUGAR				Total					
		Locos del barrio		Familiar con retraso mental							
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	C.E.	77	91	8	9	85	52	8	40	93	51
	S.E.	54	70	23	30	77	48	12	60	89	49
	TOTAL	131	81	31	19	162	89	20	11	182	53
MUJERES	C.E.	63	81	9	11	72	46	6	100	78	48
	S.E.	80	96	3	4	83	54	0	0	83	52
	TOTAL	143	92	12	8	155	96	6	4	161	47
TOTAL		274	86	43	14	317	92	26	8	343	100

Fuente: Encuesta sobre Estigmatización por Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Conoce usted a personas cercanas con enfermedades mentales? ¿cómo son tratadas ellas? Se halló que, el 92% de la población expresó que sí conoce a personas con enfermedades mentales y el 8% que no conoce a personas cercanas que convivan con una enfermedad mental.

Del total de encuestados que respondieron que sí conocen a algún sujeto con enfermedad mental, el 86% manifestó que conoce a “locos del barrio”, dicha respuesta está representada por el 81% de varones encuestados y el 92% de mujeres. Asimismo, el 14% expresó que conoce por ser un familiar suyo, pero lo califica como enfermo mental porque posee un retraso, esta respuesta es compartida por el 19% de varones y el 8% de mujeres.

Del total de encuestados que respondieron que no conocen a algún sujeto con enfermedad mental, corresponde al 11% de varones encuestados y al 4% de la población femenina.

A partir de los datos obtenidos, podemos detectar la existencia de calificativos despectivos que se dirigen a las personas con enfermedades mentales, puesto que se les denomina “locos” pretendiendo estigmatizarlos, asimismo, que existe una confusión respecto al considerar al que un sujeto posee una enfermedad mental puesto que tiene un retraso mental, lo que cual es falso, debido a que el retraso mental corresponde a un estado funcional cognitivo significativamente menor a lo que debería tener según su edad, mientras que la enfermedad mental corresponde a la alteración emocional, cognitiva y conductual originada por factores biológicos y sociales.

A su vez, se puede identificar que, en casi su totalidad, la población sí tiene cercanía con sujetos que padecen una enfermedad mental y al reconocer que su forma de pensar es incorrecta sobre lo que significa tener una, es de gran importancia que conozcan y se les eduque sobre el tema, puesto que al ser actores sociales que se encuentran en espacios en los que comparten e interrelacionen con ellos, el desconocimiento puede conllevar a un proceso de estigmatización, y si en cambio, son informados a tiempo pueden asumir el rol de agentes sociales que promueven la reducción del estigma y discriminación a este grupo social.

Cuadro 18: Tipo de relación con las personas con enfermedad mental.

SEXO/ Razones		SÍ - TIPO DE SOCIALIZACIÓN						TOTAL	
		Los aíslan		Violenta		Tratan de ayudarlo			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	C.E.	59	69	24	29	2	2	85	52%
	S.E.	67	87	6	8	4	5	77	48%
	TOTAL	126	78	30	18	6	4	162	89%
MUJERES	C.E.	48	67	17	23	7	10	72	46%
	S.E.	21	25	57	69	5	6	83	54%
	TOTAL	69	44	74	48	12	8	155	96%
TOTAL		195	61	104	33	18	6	317	92%

Fuente: Encuesta sobre Estigmatización por Enfermedad Mental.

De la pregunta anterior, se deriva, cómo es el trato que se les da a las personas con enfermedad mental que conoce; según el cuadro presentado, el 61% de la población que contestó positivo menciona que se les aísla, dicha respuesta la sostiene el 78% de varones encuestados y el 44% de mujeres. Asimismo, 33% manifiesta que actúan con violencia hacia el sujeto con enfermedad mental, esta respuesta la comparte el 18% de varones y el 48% de mujeres encuestadas. Finalmente, el 6% expresó que se le trata de ayudar, esta respuesta está representada por el 4% de varones y el 6% de mujeres.

Según la información recuperada, existe un gran temor de relacionarse con sujetos con enfermedad mental porque lo relacionan directamente con personas con trastornos graves como paranoia y esquizofrenia, enfermedades que si no son tratadas a tiempo pueden generar comportamientos violentos; sin embargo, existen diferentes tipos de enfermedades mentales que puede contraer cualquier persona, convivir con ella y desarrollarse con normalidad.

Cuadro 19: Acciones ante la E.M. en la familia

SEXO/ Razones		Internaría en el hospital		Lo aísla en mi casa		Busco un tratamiento		Lo alejo de la familia		TOTAL	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	43	46	44	47	6	7	0	0	93	51%
	SIN ESTUDIOS	58	65	23	26	0	0	8	9	89	49%
	TOTAL	101	55	68	37	6	3	8	4	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	24	31	49	63	5	6	0	0	78	48%
	SIN ESTUDIOS	74	89	3	4	0	0	6	7	83	52%
	TOTAL	98	61	52	32	5	3	6	4	161	47%
TOTAL		199	58	119	35	11	3	14	4	343	100%

Fuente: Encuesta sobre Estigmatización por Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Qué haría usted si alguna persona en su familia empieza a padecer una enfermedad mental?, se halló que, el 58% de encuestado llevaría a su familiar al hospital para internarlo en caso de presentar una enfermedad mental, esta

respuesta está representada por el 55% de varones y el 62% de mujeres encuestadas. Asimismo, el 35% cree que lo aislaría de su casa, esta opinión la comparte el 37% de varones encuestados y el 32% de mujeres encuestadas. También se encontró que el 4% lo alejaría de su familia, esta respuesta está respaldada el 4% de varones y el 4% de mujeres, los cuales no presentan estudios superiores. Finalmente, el 3% de la población encuestada manifiesta que buscaría un tratamiento adecuado para su familiar, esta respuesta es sostenida por el 3% de varones y el 3% de mujeres, ambos con estudios superiores.

De los datos mostrados, podemos identificar que existe un prejuicio sobre enfermedad mental, debido a que se considera que si presenta una enfermedad de este tipo es necesario que este sea internado, dicho pensamiento favorece la reproducción del estigma y el rechazo a querer informarse sobre el tema, en tanto, se muestra como asuntos de interés que tienen necesidad de intervención médica. También se puede apreciar que el manejo de la enfermedad sería inadecuado debido a que acentuarían el desprecio, fomentarían el miedo en la familia de relacionar con él y evitarían la posibilidad de tratar oportunamente la enfermedad para controlarla.

Cuadro 20: Actitud y conducta de la familia hacia el sujeto con E.M.

SEXO/ Razones		Con solidaridad		Con paciencia		Con cuidado		Con distancia		TOTAL	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	0	0	0	0	28	30	65	70	93	51%
	SIN ESTUDIOS	0	0	0	0	39	44	50	56	89	49%
	TOTAL	0	0	0	0	67	37	115	63	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	23	29	0	0	34	44	21	27	78	48%
	SIN ESTUDIOS	16	19	32	39	11	13	24	29	83	52%
	TOTAL	39	24	32	20	45	28	45	28	161	47%
TOTAL		39	11	32	9	112	33	160	47	343	100%

Fuente: Encuesta sobre Estigmatización por Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Cómo debe ser tratado una persona con enfermedad mental por su familia?, se obtuvo que, el 47% de la población considera que el sujeto con enfermedad mental debería ser tratado con distancia por su familia, esta respuesta la representa el 63% de la población masculina y el 28% de la población femenina. Asimismo, el 33% expresa que el sujeto con enfermedad mental debe ser tratado con cuidado, dicha respuesta está sostenida por el 37% de varones y el 28% de mujeres. También se halló que el 11% considera que debe ser tratado con solidaridad, esta opinión la comparte en su totalidad el 24% de mujeres. Finalmente, el 9% de la población manifiesta que debe ser tratado con paciencia, esta respuesta la apoya en su totalidad el 20% de mujeres que no presentan estudios superiores.

Según los resultados mostrados, casi la mitad de la población encuestada considera que deben distanciarse de su familiar, esta conducta sería indudablemente perjudicial para él; sin embargo, no se descarta que dicho comportamiento se deba al desconocimiento, más no a la falta de cariño y compromiso familiar. Pero también se identifica que la mitad de la población expresaría actitudes positivas que favorecen y aumentan las probabilidades de contrarrestar la estigmatización, puesto que demuestran cualidades y condiciones para manejar correctamente la enfermedad.

Cuadro 21: Relación de la comunidad con el sujeto con E.M.

SEXO/ Razones		Discriminan		Lo ignoran		Lo insultan		Lo compadecen		TOTAL	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	78	84	6	6	7	8	2	2	93	51%
	SIN ESTUDIOS	65	73	24	27	0	0	0	0	89	49%
	TOTAL	143	79	30	16	7	4	2	1	182	53%
MUJERES	C.E.	56	72	16	20	3	4	3	4	78	48%
	S.E.	23	28	47	57	5	6	8	9	83	52%
	TOTAL	79	49	63	39	8	5	11	7	161	47%
TOTAL		222	65	93	27	15	4	13	4	343	100%

Fuente: Encuesta sobre Estigmatización por Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Cómo es la relación de su comunidad con un sujeto con E.M.?, se halló que, el 65% de la población encuestada expresa que discrimina su comunidad a los sujetos con enfermedades mentales, esta respuesta está representada por el 79% de varones y el 49% de mujeres encuestadas. Asimismo, que el 27% menciona que su comunidad tiende a ignorar a estos sujetos, esta respuesta está respaldada por el 16% de varones y el 39% de mujeres. También se encontró que el 4% de la población manifiesta que su comunidad insulta a las personas con enfermedades mental, esta opinión la comparte el 4% de varones y el 5% de mujeres. Por último, el 4% expresa que su comunidad siente compasión por ellos, esta respuesta es sostenida por el 1% de varones y el 1% de mujeres encuestadas.

De los datos encontrados, se puede identificar la presencia de estigmatización en la socialización comunitaria, los diferentes comportamientos que asumen en el momento de interactuar con los sujetos con enfermedades mentales, la poca empatía presentada y la exclusión social que se fomenta hacia ellos.

Es necesario puntualizar que la verbalización de insultos en el momento de interactuar refleja la presencia de violencia que se dirige a estos sujetos, ello puede provocar de igual manera reacciones agresivas que impulsen la representación negativa de la enfermedad mental, sin que ellos lo busquen.

Cuadro 22: Cómo debe ser la relación de la comunidad con la persona con E.M.

SEXO/ Razones		Con distanciamiento social		Con solidaridad		Con precaución		Con compasión		TOTAL	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	72	78	4	4	17	18	0	0	93	51%
	SIN ESTUDIOS	64	72	5	6	20	22	0	0	89	49%
	TOTAL	136	75	9	5	37	20	0	0	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	43	55	12	15	17	22	6	8	78	48%
	SIN ESTUDIOS	61	74	7	8	6	7	9	11	83	52%
	TOTAL	104	65	19	12	23	14	15	9	161	47%
TOTAL		240	70	28	8	60	18	15	4	343	100%

Fuente: Encuesta sobre Estigmatización por Enfermedad Mental.



De la pregunta ¿cómo deben ser tratadas las personas con enfermedad mental por parte de su comunidad?, se obtuvo que, el 70% de la población encuestada expresó que su comunidad debería mantener distanciamiento social con el sujeto con enfermedad mental, esta respuesta está representada por el 75% de varones encuestados y el 65% de mujeres encuestadas. Asimismo, el 18% manifestó que su comunidad debería tener precaución con estas personas en el momento de relacionarse con ellas, esta opinión la comparte el 20% de varones y el 14% de mujeres. También se encontró que el 8% de la población considera que su comunidad debería mantener una relación solidaria con estos sujetos, dicha respuesta es sostenida por el 5% de varones y el 12% de mujeres. Finalmente, el 4% de la población que en su totalidad fue femenina, considera que la relación que debe mantener su comunidad con las personas con enfermedad mental es compasiva.

A través de los resultados conseguidos, podemos entender que más de la mitad de la población encuestada tiene temor a relacionarse con estos sujetos, que solo un 8% expresa una actitud positiva, puesto que se debe tener solidaridad ante casos graves y empatía para orientar casos leves.

A su vez se pudo apreciar que, el 4% de la población expresa compasión hacia estos sujetos, ello simboliza un sentimiento incorrecto pues releja lástima y eso también es considerado estigmatización, debido a que se le tiene lástima a alguien desdichado.

Cuadro 23: Conducta en espacios públicos hacia una persona con E.M.

SEXO/ Razones		Con temor		Evasión		Le ayuda por lástima		TOTAL	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	C.E.	7	8	86	92	0	0	93	51%
	S.E.	4	4	85	96	0	0	89	49%
	TOTAL	11	6	171	94	0	0	182	53%
MUJERES	C.E.	43	55	31	40	4	5	78	48%
	S.E.	54	65	21	25	8	10	83	52%
	TOTAL	97	60	52	32	12	8	161	47%
TOTAL		108	31	223	65	12	4	343	100%

Fuente: Encuesta sobre Estigmatización por Enfermedad Mental.

De la pregunta: Si se encuentra usted a una persona con enfermedad mental deambulando en la calle, ¿cómo reacciona?, se obtuvo que, el 65% de la población encuestada manifiesta que ante la presencia de un sujeto con enfermedad mental tienden a evadirlo, esta respuesta está representada por el 94% de varones encuestados y el 32% de mujeres encuestadas. El 31% expresa que reaccionan con temor, esta opinión la comparte el 6% de varones y el 60% de mujeres. Por último, el 4% declara que le ayuda por lástima, esta respuesta es sostenida por el 8% de mujeres de la población femenina.

De los resultados hallados, podemos identificar que la población encuestada, en su totalidad, mantiene un comportamiento y expresa una actitud de rechazo ante las personas con enfermedad mental, debido a que prefieren pasar desapercibida su presencia en espacios públicos, esto como se puede apreciar, se debe al temor que se les tiene. Por esta razón, las personas con enfermedad mental que padecen un diagnóstico grave y que se encuentran abandonados y desprotegidos en las calles, tienden a ser más vulnerables a la violencia, asimismo, al ver que la mayoría de la población prefiere evadirlo, existe muy pocas posibilidades de que su situación cambie y pueda conseguir vivir en un espacio saludable en el que se le brinde el apoyo y tratamiento que necesita.

Cuadro 24: Medida de aislamiento social para la persona con E.M.

SEXO/ Razones		SÍ								NO		TOTAL	
		Porque puede hacer daño a la sociedad		Porque refleja peligro		Porque está desprotegido y pueden hacer daño.		Total		Porque son también seres humanos y merecen libertad			
										Total			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	C.E.	58	64	32	36	0	0	90	50	3	100	93	51%
	S.E.	67	75	22	25	0	0	89	50	0	0	89	49%
	TOTAL	125	70	54	30	0	0	179	98	3	2	182	53%
MUJERES	C.E.	46	67	15	22	8	11	69	47	9	69	78	48%
	S.E.	28	35	51	65	0	0	79	53	4	31	83	52%
	TOTAL	74	50	66	45	8	5	148	92	13	8	161	47%
TOTAL		199	61	120	37	8	2	327	95	16	5	343	100%

Fuente: Encuesta sobre Estigmatización por Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Se debe mantener a las personas con problemas de salud mental encerrados o internados para aislarlos de la sociedad, por qué?, se obtuvo que, el 95% del total de la población considera que sí les se debe de encerrar o internar a las personas con enfermedades mentales y el 5% que no debe ser así.

Del 95% de la población que piensa que sí deberían estar encerrados, el 61% expresa que eso se debe a que pueden hacerle daño a la sociedad, esta respuesta está representada por el 70% de población masculina y el 50% de la población femenina. Asimismo, el 37% manifiesta que refleja peligro, este pensamiento lo comparte el 30% de varones y el 45% de mujeres. Finalmente, el 2% considera que sí deben ser encerrados o internados porque pueden hacerles daño, esta respuesta es sostenida por el 5% de mujeres.

Del mismo modo, el 5% que contestaron que no deben ser encerrados, mencionan que es porque también son seres humanos y merecen libertad, esta respuesta es apoyada por el 2% de varones y el 8% de mujeres.

Según los datos mostrados, la sociedad mantiene el pensamiento que los sujetos con enfermedades mentales son un peligro para la comunidad por las diferentes características ya anteriormente expuestas, debido a ello prefieren que sean aislados de la convivencia comunitaria, a fin de garantizar su seguridad; sin embargo, no se presta atención en el bienestar de dichos sujetos, solo un pequeño porcentaje equivalente al 5% considera que merecen la libertad.

Cuadro 25: Utilización del término “loco” haciendo referencia a una persona con E.M.

SEXO/ Razones		Sí						NO		TOTAL	
		A veces - para manifestar por qué dice o hace alguna cosa		Porque es un término común		Total					
N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
HOMBRES	C.E.	77	83	16	17	93	51	0	0	93	51%
	S.E.	49	55	40	45	89	49	0	0	89	49%
	TOTAL	126	69	56	31	182	53	0	0	182	53%
MUJERES	C.E.	57	73	21	27	78	48	0	0	78	48%
	S.E.	80	96	3	4	83	52	0	0	83	52%
	TOTAL	137	85	24	15	161	47	0	0	161	47%
TOTAL		263	77	80	23	343	100	0	0	343	100%

Fuente: Encuesta sobre Estigmatización por Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Utiliza usted el termino loco para insultar a alguien, independientemente si esa persona tiene o no una enfermedad mental? Se obtuvo que, el 100% de la población utiliza o a utilizado el término loco con la intención de insultar.

El 77% de la población expresa que ha utilizado el término loco a veces para manifestar por qué dice o hace alguna cosa, esta respuesta está representada por el 69% de la población masculina y el 85% de la población femenina. Asimismo, el 23% explica que lo ha hecho porque es un término común, esta opinión la comparte el 31% de varones y el 15% de mujeres.

Según los resultados obtenidos, podemos detectar que la palabra “loco” es un término muy utilizado, pero no correctamente ni con buenas intenciones, sino que se pretende ofender, entonces, podemos entender que lo hacen para expresar que tiene poco juicio para realizar algún acto, concluyendo así que este término también sería una forma de definir a la persona con enfermedad mental y representarlo en otros casos.

Cuadro 26: Razones del miedo y conducta agresiva de las personas con E.M.

SEXO/ Razones		SÍ						NO		TOTAL	
		Porque no se controlan al actuar		Están a la defensiva		Total					
								Total			
								N.º	%	N. º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	80	86	13	14	93	51	0	0	93	51%
	SIN ESTUDIOS	72	81	17	19	89	49	0	0	89	49%
	TOTAL	152	84	30	16	182	100	0	0	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	75	96	3	4	78	48	0	0	78	48%
	SIN ESTUDIOS	69	83	14	17	83	52	0	0	83	52%
	TOTAL	144	89	17	11	161	100	0	0	161	47%
TOTAL		296	86	47	14	343	100	0	0	0	100%

Fuente: Encuesta sobre Estigmatización por Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Considera que las personas con enfermedad mental originan miedo y mantienen una conducta agresiva? ¿por qué?, se halló que, el 100% de la

población considera que los individuos con enfermedad mental causan miedo y practican conductas agresivas.

El 86% cree que fomentan miedo debido a que no se controlan al actuar, esta respuesta está representada por el 84% de la población masculina y el 89% de la población femenina. Asimismo, el 14% cree que se debe a que siempre se encuentran a la defensiva, esta opinión es compartida por el 16% de varones y el 11% de mujeres.

Según los datos presentados, la población las personas que presentan una enfermedad mental y con las que han tenido oportunidad de vivir alguna experiencia han demostrado estas características que lo que ha significado la generalización de este grupo social.

Cuadro 27: Violencia hacia las personas con E.M.

SEXO/ Razones		SÍ						NO		TOTAL	
		Porque a veces no entienden con palabras		Porque así obedecen rápido		Total		Porque también sienten			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	81	96	3	4	84	50	9	64	93	51%
	SIN ESTUDIOS	77	92	7	8	84	50	5	36	89	49%
	TOTAL	158	94	10	6	168	92	14	8	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	52	100	0	0	52	43	26	67	78	48%
	SIN ESTUDIOS	58	83	12	17	70	57	13	33	83	52%
	TOTAL	110	90	12	10	122	76	39	24	161	47%
TOTAL		268	92	22	8	290	85	53	15	343	100%

Fuente: Encuesta sobre Estigmatización por Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Considera que a las personas con enfermedad mental se les debe tratar con violencia para controlarlos?, se obtuvo que, el 85% de la población considera que sí se les debe tratar con violencia a las personas con enfermedad mental y el 15% que no debe ser así.

Del 85% que respondieron que sí, el 92% manifiesta que debe ser así porque a veces no entienden con palabras, esta respuesta está representada por el 94% de la población masculina y el 90% de la población femenina. Asimismo, el 8% expresa que deben ser tratados así porque de esa manera obedecen más rápido, esta respuesta es sostenida por el 6% de varones y el 10% de mujeres.

Del mismo modo, el 15% de la población que dijo que no deben ser tratados con violencia, explicó que es porque también sienten, esta respuesta es respaldada por el 8% de varones y el 24% de mujeres.

De las respuestas obtenidas, se puede apreciar que existe un gran porcentaje de personas que consideran que sí se debe tratar con violencia los individuos con enfermedad mental, ello refleja que no solo existe desconocimiento en el tema sino falta de valores humanísticos que limitan alcanzar erradicar la estigmatización.

Cuadro 28: Oportunidad laboral para la persona con E.M.

SEXO/ Razones		Sí		NO						TOTAL	
				Porque no podría trabajar bien		Porque sería una carga en el trabajo		Porque sería un riesgo para sus compañeros			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	0	0	47	51	5	5	41	44	93	51%
	SIN ESTUDIOS	0	0	73	82	2	2	14	16	89	49%
	TOTAL	0	0	120	66	7	4	55	30	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	0	0	55	71	4	5	19	24	78	48%
	SIN ESTUDIOS	0	0	63	76	0	0	20	24	83	52%
	TOTAL	0	0	118	73	4	3	39	24	161	47%
TOTAL		0	0	238	69	11	3	94	28	343	100%

Fuente: Encuesta sobre Estigmatización por Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Contrataría usted a una persona con enfermedad mental?, se halló que, el 100% de la población encuestada no contrataría a una persona con enfermedad mental para laborar.

El 69% mencionó que no lo contrataría porque no podría trabajar bien, esta respuesta está representada por el 66% de la población masculina y el 73% de la población femenina. Asimismo, el 28% considera que no contrataría a un sujeto con enfermedad mental puesto que sería un riesgo para sus compañeros, esta respuesta es respaldada por el 30% de varones y el 24% de mujeres. Finalmente, el 3% manifiesta que no lo contrataría porque sería una carga en el trabajo, esta opinión es compartida por el 4% de varones y el 3% de mujeres.

Según los datos hallados, toda la población encuestada coincide que no contrataría a un sujeto posea una enfermedad mental, esto se debe al temor que existe a relacionarse con él y con los prejuicios sociales que han generado una representación negativa del él, y que termina perjudicándolo, en tanto se le impide la posibilidad de obtener un empleo en el cual desempeñarse y lograr una independencia económica, este pensamiento promueve el incumplimiento de sus derechos como persona.

Cuadro 29: Aceptación de la convivencia de su familia con personas con E.M.

SEXO/ Razones		SÍ		NO						TOTAL	
				Porque es peligroso		Porque no es correcto		Porque no es buena influencia			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HOMBRES	CON ESTUDIOS	0	0	76	82	4	4	13	14	93	51%
	SIN ESTUDIOS	0	0	82	92	0	0	7	8	89	49%
	TOTAL	0	0	158	87	4	2	20	11	182	53%
MUJERES	CON ESTUDIOS	0	0	78	100	0	0	0	0	78	48%
	SIN ESTUDIOS	0	0	63	76	8	10	12	14	83	52%
	TOTAL	0	0	141	88	8	5	12	7	161	47%
TOTAL		0	0	299	87	12	4	32	9	343	100%

Fuente: Encuesta sobre Estigmatización por Enfermedad Mental.

De la pregunta ¿Permitiría usted que sus hijos tengan amigos con enfermedad mental?, se obtuvo que, el total de la población encuestada considera que no permitiría que sus hijos se relacionen con personas con enfermedades mentales. El 87% expresa que eso se debería porque lo considera un sujeto peligroso y podría afectar el bienestar de su hijo, esta respuesta está representada por el 87% de la población masculina y el 88% de la población femenina. Asimismo, el 9% manifiesta que no accedería a que se relacionen ya que no es una buena influencia, es decir, es un ejemplo negativo para su hijo, en tanto realiza conductas inadecuadas, esta respuesta es compartida por el 11% de varones y el 7% de mujeres. Finalmente, el 4% expresa que no lo permitiría porque no es correcto, esta opinión la comparte el 2% de varones y el 5% de mujeres.

Según los datos recuperados, la mayoría de padres de familia encuestados consideran que es mejor que sus hijos no se relacionen con personas que sobrellevan una enfermedad mental y es aquí cuando podemos detectar, que, si bien el tema de salud y enfermedad mental no es dialogado en familia, existen prejuicios y patrones sociales negativos que se transmiten a partir de ella y que se reproducen en contextos particulares hacia estos sujetos, fomentando estigmatización.

### **3.3. DISCUSIÓN SOBRE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS**

#### **3.3.1. GRADO DE CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL**

La población Chiclayana, es una comunidad que carece de conocimientos en salud mental, su nivel de familiaridad con el tema es limitado y por lo general erróneo, tomando en consideración la realidad sociocultural.

En los centros educativos no se imparte información al respecto, y las campañas comunitarias que buscan eliminar el estigma son poco acogidas, esto se debe a la insuficiente difusión de las mismas.

La cultura lambayecana muestra estereotipos marcados de lo que representa un “enfermo mental”, esto lo conciben como “locura”, generalizan y estigmatizan bajo



prejuicios toda tipología de enfermedad mental, considerando muchas veces que el origen de éstas son brujerías mal intencionadas; es por esta razón, que, al no conocer la implicancia, sus causales y tratamiento, es complicado contrarrestar el estigma.

Existe un menosprecio e indiferencia por el tema, lo manejan como un asunto que no es importante al menos que estés predispuesto biológicamente a contraer una enfermedad mental, conviva con alguien que lo padezca o le interés por su profesión.

En tanto, al no tomar en cuenta la trascendencia que genera ignorar la cuestión, la población se vuelve aún más vulnerable, puesto que no protege su salud y tiende a normalizar y separar enfermedades que son incluidas dentro de la gama de enfermedades mentales, tal es el caso de las manías, fobias, depresión y estrés post traumático.

Asimismo, al mantener una actitud negativa en el tema, genera una barrera para poder impartir conocimiento sobre el mismo, que este sea bien recibido y pueda colaborar con la lucha contra la erradicación de la estigmatización.

### **3.3.2. FORMAS SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE ENFERMEDAD MENTAL.**

Las formas sociales al ser consideradas como los estilos, regímenes e instituciones que socializan un conocimiento, recrean diferentes formas por las que se transmiten e imparten constructos que promueven discursos y conductas estigmatizadoras; a partir de ello, la realidad del P.J. Atusparia muestra lo siguiente:

En primera instancia se encuentra la cultura, esta juega un papel importante si buscamos comprender comportamientos sociales, como se explica en la “Teoría de

la Construcción Social de la Realidad” de Berger y Luckman, el conocimiento que los miembros de la sociedad adquieren es producto social y cultural, por lo que a través del lenguaje conforman esquemas clasificadores que darán lugar a la configuración de patrones; a partir de esta teoría, se entiende entonces que la comunidad chiclayana socializa patrones y estereotipos que reflejan estigma social, debido a que la imagen que perciben sobre enfermedad mental y aquellos sujetos que la padecen, expresan discriminación y desvalorización de los mismos. La caracterización que se le da al sujeto con enfermedad mental a través de la transmisión cultural es la peligrosidad, agresividad, dependencia, la incapacidad y la impredecibilidad; asimismo, mencionan que los individuos que padecen estas enfermedades no pueden llegar a tener una vida normal o común, conformar una familia ni ejercer cargos públicos, esta determinación genera exclusión y limitaciones de acceso a oportunidades como el conseguir un empleo que le otorgue estabilidad e independencia económica. A su vez, consideran que lo que causa una enfermedad mental no solo es por el factor genético sino la brujería, estrés y consumo de sustancias; según este pensamiento se puede identificar la existencia de creencias tradicionales no científicas que aún se socializan y que ocasionan confusión e ignorancia, pero también se puede reconocer que consideran los factores sociales como productores de estas enfermedades. Por último, relacionan esta enfermedad con la condición económica exponiendo estereotipos negativos que se comparten y reproducen.

La familia, es la segunda forma social en la que se adquiere una idea o concepto de enfermedad, es mediante la socialización primaria en la conciben asertiva o equivocadamente lo que significa “estar sano o no mentalmente”, manejando desde ya representaciones simbólicas de lo considerado normal y anormal a nivel de

sociedad. En este espacio social los hijos reciben esta información y la reproducen en la socialización secundaria. Según los resultados obtenidos de las encuestas, las familias no suelen dialogar sobre este tema, sin embargo, el negarse al que sus hijos se relacionen con estos individuos y al escuchar ellos la forma en que se expresan sirve de modelo para la construcción del conocimiento, por lo que también es una fuente base para modificar conductas.

Posteriormente en espacios como el colegio, universidad, vecindad y grupos de iguales (relaciones amicales), considerada ya la socialización secundaria, se acentúa este pensamiento, donde al percibir conductas estigmatizadoras a través de la observación, fijan su repertorio de respuestas y reproducen en cuanto tengan presente una situación similar; por ejemplo, ante la presencia de un enfermo con esquizofrenia o bipolaridad, la actitud que manifestaran en el momento será orientado en relación a sus experiencias previas y en función a sus emociones, en este caso dejarse llevar por el miedo, generando comportamientos de rechazo y dando lugar a procesos de estigmatización. Como se describió en los resultados del instrumento aplicado, no reciben charlas o capacitaciones ni en el colegio ni en sus centros laborales, pero es ahí donde relacionan con sus pares, compañeros y amigos sobre el tema.

La promoción de la salud también se considera como una forma social de adquirir conocimiento sobre salud y enfermedad mental, sin embargo, es muy bajo el porcentaje de población que ha acudido a recibirla y esto se debe a que solo lo han hecho por necesidad más no por cultura, ha sido por informarse de cómo se debe sobrellevar una enfermedad al haberse ya presentado dentro de la familia. Entonces, podemos decir que el ministerio de salud y sus diferentes estrategias para llegar a

promover conocimiento sobre este tema resultada clave para contrarrestar el estigma y la estigmatización.

Finalmente, los medios de comunicación ejercen una influencia muy grande en la conformación del conocimiento de enfermedad mental, portan un mensaje subliminal que se ve reflejado en las prácticas sociales comunes de discriminación. Muestran al sujeto con enfermedad mental como un individuo peligroso, poco consciente de sus actos y que ocasiona daños a la sociedad, esto lo internaliza la comunidad y demuestra en la estigmatización.

### **3.3.3. DESCRIPCIÓN DE LA ESTIGMATIZACIÓN A PERSONAS CON E.M. EN EL P.J. ATUSPARIA**

Las prácticas de estigmatización aluden a las interacciones dinámicas que fomentan exclusión y diferenciación. En la ciudad de Chiclayo se perciben distintas prácticas de estigmatización.

Los actores sociales de esta comunidad al reproducir la cultura aprendida, promueven a través de su actitud y comportamiento el debilitamiento de la cohesión social, generando desigualdad.

Para llegar a la estigmatización se ha desarrollado un proceso mediante el cual los actores sociales internalizan y aceptan la construcción social de enfermedad mental que les brinda la sociedad, para así culminar en comportamientos estigmatizadores. Primero, las personas distinguen las diferencias que perciben en la socialización según las pautas sociales establecidas, ellas les permiten reconocer lo que es correcto e incorrecto, por lo que si encuentran alguna discrepancia comienzan a etiquetar lo distinto o anormal para la comunidad. Tras esta evaluación las personas vinculan los comportamientos discordes con estereotipos negativos, definiendo y

relacionando a estos sujetos con enfermedades mentales. Posteriormente, surge la separación entre el nosotros y ellos, realizando una comparación que los lleva a sentirse de cierto modo superiores y a construir una imagen equivocada de ellos, caracterizándolos como peligrosos, dependientes e improductivos para la sociedad. Este pensamiento produce la pérdida de estatus de estos individuos, da lugar a la discriminación y a la desigualdad social, puesto que se les limita y algunas veces anula la posibilidad de ejercer sus derechos fundamentales, asimismo, al ser rechazados y excluidos por la comunidad, el gobierno también pierde interés por ellos, generando finalmente la indiferencia social, económica y política, a lo que Livingston y Boyd denominan “estigma estructural”.

La construcción de estigma que existe hacia las personas con enfermedad mental en la Ciudad de Chiclayo se caracteriza por la desvalorización, en tanto consideran a las personas con enfermedad mental inferiores a las que se encuentran con estado mental sano; también existe el sentimiento de lástima, perciben al sujeto como un ser desafortunado, que debe ser ayudado medicamente; se aprecia a su vez prejuicios que expresan sentimiento de miedo, desconfianza y rechazo; por último, se les consideran como personas incapaces que no pueden valerse por sí mismos, conformar una familia, trabajar y desarrollarse con normalidad.

Después de exponer el pensamiento que se tiene sobre la persona que convive con una enfermedad mental, se podrá explicar los comportamientos de estigmatización que presenta la Ciudad de Chiclayo.

Una de las prácticas de estigmatización que se realiza es el aislamiento social, según los resultados obtenidos, las personas que conocen a sujetos con enfermedad mental, mencionan que estas son aisladas por su familia por el temor de que ocasionen perjuicio, ello lleva a reflexionar que el desconocimiento está generando

un daño irreparable en la vida de estas personas, puesto que la alejan de la posibilidad de recuperarse. También se encuentra la dificultad para acceder a un puesto laboral debido a que, según los datos hallados, las personas no contratarían a un sujeto que padeciera una enfermedad mental, esto limita la oportunidad de desempeñarse adecuadamente según su formación y de ser independiente económicamente, vulnerando sus derechos. Asimismo, permite deducir que, si durante su ejercicio laboral llegase a contraer una enfermedad mental, se le despediría por pensar que eso le ocasionaría el bajo rendimiento en su trabajo. A su vez, se presentan las etiquetas o calificativos que tienen la intención de ofender y menospreciar, como el caso del término “loco”. Por último, se encuentra la práctica de violencia hacia ellos, según lo obtenido, las personas que se relacionan con sujetos con enfermedad mental han percibido actos de violencia como mecanismo de control hacia ellos, esto nos permite comprender que el sujeto con enfermedad mental se encuentra en un espacio en donde solo expresan agresividad y rechazo, esto profundiza el nivel de impacto de la enfermedad y anula la posibilidad de recuperación.

Por todo ello, es importante impartir conocimiento sobre el tema, de tal forma que se pueda potenciar las prácticas sociales de prevención y evitar contraer una enfermedad de este tipo; asimismo, si las personas conocen que el padecer de una enfermedad mental no implica locura, serán más cuidadosos en el momento de expresarse o actuar.

En función al estigma por aquellos que sufren enfermedades mentales graves como esquizofrenia, paranoide o bipolaridad se debe manejar un clima organizacional distinto en las instituciones de reclusorio, donde deberán seguir siendo tratados como seres humanos; de esta manera, si bien, la comunidad seguirá teniendo cierto

temor hacia ellos, que en medida es justificable, estas personas serán atendidas como miembros de la sociedad al preocuparse por su salud y estilo de vida.

#### **3.3.4. POTENCIAL DESTRUCTIVO DEL ESTIGMA**

Algunas de las consecuencias que arrastra el estigma y que se viene explicando, son la marginación y el trato diferenciado, factores que profundizan la estratificación social; en base ello, el impacto que genera el estigma en los sujetos que sobrellevan alguna enfermedad, en este caso mental, tiende a ser la pérdida de estatus, el autodesprecio, auto estigma, retraimiento, complejos, depresión y ansiedad, esto dependerá del grado de aceptación del estereotipo por parte del sujeto con enfermedad mental.

Es decir, surgen dos tipos de efectos destructivos: el primero producto de la discriminación personal y estructural y el segundo procedente de la autocensura. También se encuentra un impacto negativo en el entorno familiar, tomando en cuenta que es la familia quien enfrenta junto al paciente la enfermedad, tanto el aspecto económico que implica el tratamiento como en el proceso; para ellos es complicado percibir y tolerar los calificativos estigmatizadores dirigidos a su familiar y muchas veces también a ellos, y sus reacciones suelen estar relacionadas a la vergüenza y la negación de la enfermedad.

#### **3.3.5. CORRELACIÓN ENTRE CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMATIZACIÓN**

Según los resultados obtenidos, podemos aseverar la formulación del problema planteado; es decir, confirmar que sí existe influencia de la construcción social de enfermedad mental en la práctica de estigmatización, debido a que dependerá del

nivel conocimiento que posea el individuo sobre enfermedad mental para que este mantenga buenas o inadecuadas relaciones sociales con sujetos con enfermedad mental, puesto que según los modelos, patrones y estereotipos que conciba se desenvolverá en la sociedad, reproduciendo conductas que pueden o no perjudicar a la comunidad y su desarrollo.

Por tal motivo, es indispensable manejar el tema asertivamente y difundirlo a nivel general para así asegurar la modificación de los pensamientos con estigma y generar una sociedad equitativa y justa.

### **3.3.6. ROL E IMPACTO SOCIAL DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA REDUCCIÓN DE LA ESTIGMATIZACIÓN**

La salud mental al igual que las enfermedades mentales se encuentran definidos por dos factores: Personales o internos (de carácter biológico – genético) y sociales - ambientales (factores externos: pobreza, nivel educativo, presión laboral, etc.).

La promoción de Salud se ve enfocada en el desarrollo y mantenimiento de colectividades, busca forjar en los individuos, cualidades de cooperación y tolerancia a las diferencias para confrontar el mundo social; asimismo, capacidad de resiliencia ante fenómenos y experiencias diversas.

Un estudio realizado por el Centro de Salud Mental Comunitario de Chiclayo sobre el impacto del modelo de salud comunitario (2018), encontró que la intervención de programas preventivos ha favorecido en una mejor conectividad de redes, mayor constitución comunitaria, informe y rastreo de casos de violencia intrafamiliar y abuso sexual, y tamizajes comunitarios con factores de riesgo.

A su vez se conoce que existen espacios destinados a la promoción de la salud, sin embargo, estos no son muchas veces distinguidos o simplemente son ignorados por



desconocer la importancia que implica estar enterados sobre el tema y su trascendencia en nuestro proceder y convivencia cotidiana.

La prevención de las enfermedades mentales y la promoción de la salud son dos procesos diferentes, pero con fines que se sobreponen; la promoción de la salud mental se ve orientada en relación a las políticas de salud pública existentes, por la que debe ser integrada y configurada según la representación sociocultural.

La salud mental como parte del desarrollo social, simboliza un indicador clave para su efectividad, desde la sociología hablar de salud mental significa hablar de agentes sociales dinámicos y una fuerza productiva necesaria para el avance y evolución social.

Existe una salud mental individual que contempla los patrones culturales interiorizados y simbolizan hábitos y prácticas personalizadas, y a su vez, existe una salud mental comunitaria que se enfoca en un estado de bienestar colectivo el cual se logra a partir de entornos sociales saludables enmarcados en el respeto, tolerancia y empatía entre los miembros de la sociedad. Para poder conseguir esto, las políticas de salud como parte y estrategia de una política social amplia, supone un interés especial, puesto que repercute en la eficacia del resto de políticas sociales, debido a que son los agentes con salud mental quienes en su correcto y armonioso estado físico y psicológico ejecutarán adecuadamente las acciones pro el buen vivir de su comunidad.

### **3.3.7. ROL DE LA SOCIOLOGÍA EN LA MODIFICACIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE ESTIGMATIZACIÓN**

La sociología es la ciencia que busca comprender los fenómenos sociales y dar solución a diferentes conflictos que impiden o limitan el desarrollo social, por tal

motivo es de su responsabilidad velar por la inclusión de los grupos vulnerables a nivel de sociedad, como es el caso de las personas con enfermedades mentales. Es oportuno que la sociología se haga presente a partir de la proposición de políticas dirigidas a la protección de estos grupos vulnerados, trabajar porque se reconozca la importancia de la inclusión social de estas personas en la ejecución de programas y políticas de sectores como educación, sector laboral, justicia, asistencia social.

Asimismo, colaborar con propuestas de intervenciones que estén conectadas a estrategias intersectoriales, las cuales fomenten el cuidado de la salud mental, como por ejemplo, en la intervención del desarrollo y cuidado de la salud mental infantil, la autonomía y liderazgo económico de la mujer, ayuda social en las relaciones interpersonales de los adultos mayores, programas de intervención psicosocial a grupos vulnerables, programas de prevención de violencia (en sus diferentes tipos), intervención de salud mental laboral, programas que promuevan el desarrollo comunitario, intervenciones que fomenten la protección de los derechos fundamentales, programas de reducción de desigualdades, entre otras.

Si vinculamos la labor que viene realizando de manera independiente el sector salud por promover la salud mental, con las políticas y estrategias sociales que realiza el sector gubernamental, se obtendría indudablemente un cambio significativo en las prácticas sociales de salud y en la disminución del estigma.

Es muy penoso descubrir que existe muy poco interés por el tema, debido a la escasa investigación nacional sobre enfermedad mental ligada al estigma y la nula investigación a nivel nacional y regional relacionada a enfermedad mental y estigmatización. Cuando se habla de estigma se define a aquellos conocimientos negativos que inferioriza a un grupo de personas, y cuando se habla de

estigmatización se refiere los comportamientos que desprenden esas formas de pensar.

El sociólogo tiene la tarea de poder reducir estas brechas de desigualdad social y coadyuvar en la modificación de conductas a fin de mejorar las relaciones sociales y alcanzar el desarrollo comunitario.

### **3.4. PROPUESTA**

# SELECCIÓN DE AGENTES COMUNITARIOS COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN SOCIAL PARA CONTRARRESTAR LA ESTIGMATIZACIÓN HACIA PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES EN CHICLAYO



Figura 6: No a la estigmatización



Figura 7: Responsabilidad comunitaria

## I. DATOS GENERALES

1. INSTITUCIÓN ENCARGADA: CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

2. RESPONSABLES:

- LOZANO OLAYA, ANTHONY
- TANTACURÉ CABREJOS, DINA MILAGROS

3. UBICACIÓN: AV. BELAUNDE, LOTE 15.

4. BENEFICIARIOS: LA COMUNIDAD DE CHICLAYO

## II. ESQUEMA DE PROPUESTA

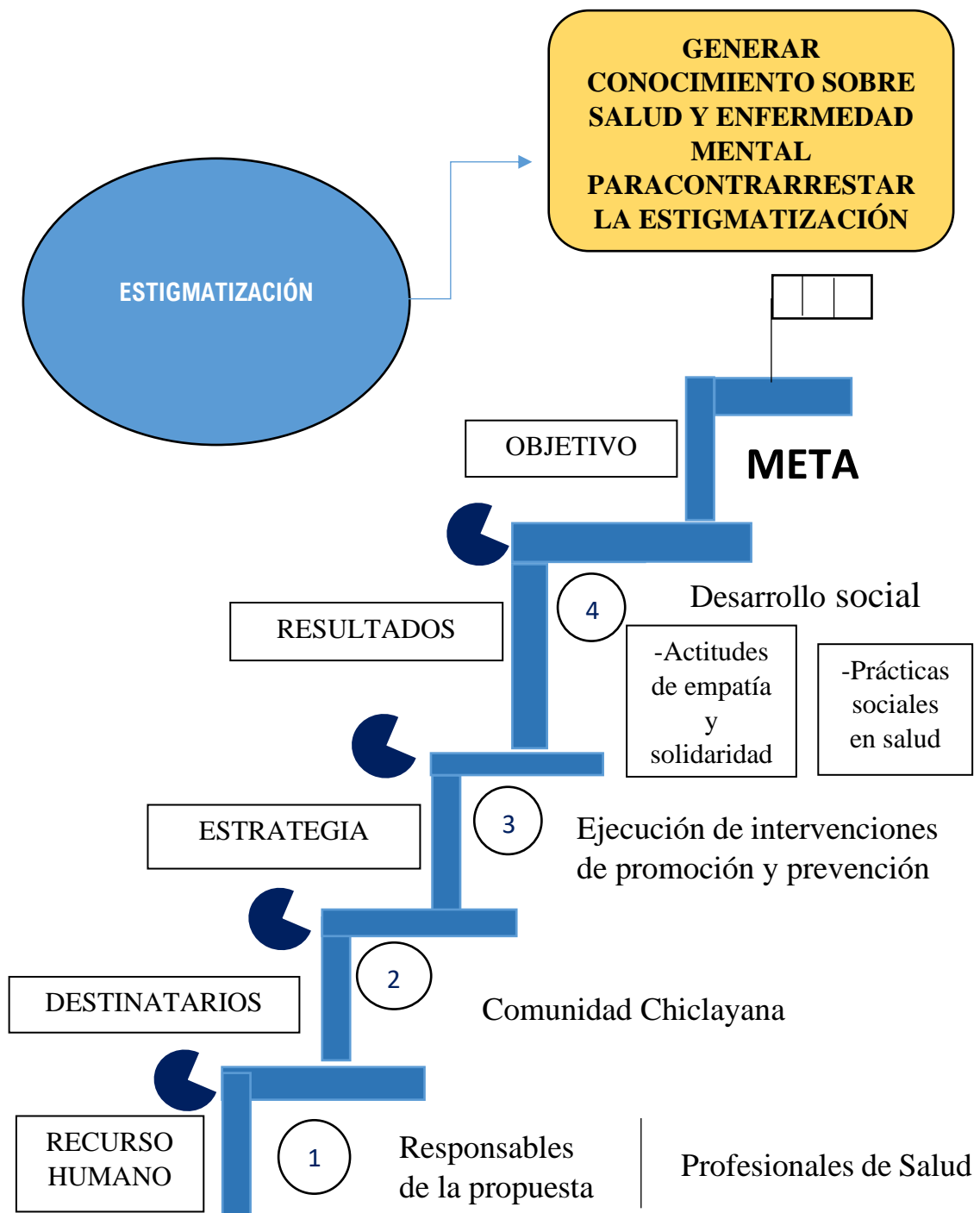


Figura 8: Esquema de la propuesta

### III. JUSTIFICACIÓN

La Salud Mental constituye un elemento importante para la salud integral del ser humano; debido a ello, la promoción y prevención de la salud mental desempeña un rol esencial en la lucha contra la erradicación de procesos de estigmatización.

Las personas que poseen desconocimiento o un constructo social equivocado de lo que concierne a enfermedad o trastorno mental, tiende a tener actitudes inadecuadas frente algún caso en particular, pensando en que solo de esa manera se verá protegido del que la padece.

La promoción de la salud está orientada al desarrollo de acciones en busca de entornos y estilos de vida saludable, de esa manera construir una sociedad comprometida con la salud mental.

Por educación sanitaria se entiende según Wood (1926), como “la suma de modos que ejerce favorablemente en los aprendizajes y adopción de hábitos vinculados con la salud del ser y su comunidad”.

Se ha identificado la presencia de comportamientos que refleja estigmatización hacia las personas con trastorno mental, conllevando a la creación de intolerancia social, discriminación, exclusión social y desigualdad social. Ante ello, la “Selección de agentes comunitarios como estrategia de intervención social para contrarrestar la estigmatización hacia personas con enfermedades mentales en Chiclayo” busca impactar positivamente en el comportamiento de la comunidad chiclayana y mejorar la socialización de sus miembros.

La estrategia de intervención está dirigida a incentivar actitudes y comportamientos positivos en los individuos, permitiéndoles desarrollar

capacidades y habilidades de resistencia ante las presiones sociales y fortalecer comportamientos asertivos.

#### IV. OBJETIVOS

##### 1.1. OBJETIVO GENERAL

Generar conocimiento en salud y enfermedad mental para contrarrestar la estigmatización.

##### 1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Modificar pensamientos incorrectos sobre salud y enfermedad mental.
- b. Desarrollar actitudes positivas de empatía y solidaridad que permitan contrarrestar la estigmatización.
- c. Fortalecer la respuesta del sector salud en el ámbito comunitario, mediante la ejecución de intervenciones de promoción en salud mental.

#### V. METODOLOGÍA

La “Estrategia de Selección de agentes comunitarios como estrategia de intervención social para contrarrestar la estigmatización hacia personas con enfermedades mentales en Chiclayo”, está compuesta por diferentes acciones que involucra la participación activa y dinámica tanto de la población chiclayana como de sus representantes. A continuación, se presentará y describirá cada una de ellas:

- a. Como primer paso se elaborará el documento oficial dirigido a las municipalidades de la provincia de Chiclayo, para la organización de fechas destinadas a las capacitaciones y sensibilizaciones.
- b. Las autoridades de los distritos, otorgarán la información necesaria de los 3 sectores o poblados donde se realizará las sensibilizaciones y capacitaciones, en sus respectivos locales comunales, con la asistencia de la población en general.
- c. Se realizará 4 sensibilizaciones y 1 capacitación por distrito en los diferentes locales comunales, contando con la presencia de sus autoridades locales. El programa será ejecutado en un tiempo promedio de 2 meses por distrito. (Primer mes de sensibilización y segundo mes de capacitación).
- d. Las sensibilizaciones y capacitaciones estarán a cargo del personal Profesional (Psicosocial) del C.E.S.M.C, conformada por psicólogos, enfermeras, trabajadora social y el investigador (Egresados de la carrera de sociología Anthony Jean Piert Lozano Olaya y Dina Milagros Tantacuré Cabrejos).
- e. Luego de realizada la sensibilización a los participantes en el primer mes, se seleccionarán agentes comunitarios a quienes se capacitará sobre Salud Mental y Procesos de estigmatización en el siguiente mes.
- f. Terminado las sensibilizaciones y capacitaciones por sector, se promoverá que lo agentes comunitarios capaciten a su población, haciéndoles un seguimiento para constatar el impacto de la actividad.



## VI. Descripción

La propuesta simboliza un proceso de formación y asesoría, de forma presencial, cuyo propósito estriba en encaminar el comportamiento social a través de talleres de desarrollo social, de esta manera lograr el desarrollo de capacidades y habilidades, generar y fortalecer conocimiento, fomentar correctas formas de socialización y espacios de tolerancia y respeto; tanto en el personal profesional de salud como en la comunidad chiclayana, tomando en cuenta su cultura e historias de vida.

### 6.1. FASE DE PREPARACIÓN

Indica la etapa de planificación y elaboración de las actividades consideradas en la propuesta por parte de los responsables de la investigación. En primera instancia se elaboró un diagnóstico de la realidad chiclayana en función a su constructo social en salud mental y los diferentes procesos de estigmatización presentes en la comunidad. Posteriormente se elaboró actividades dinámicas que permita al equipo de trabajo llegar con mayor facilidad a la población, de esa manera ejercer influencia en su comportamiento, y crear como consecuencia hábitos positivos en la comunidad.

Asimismo, fomentar iniciativa en los profesionales de salud para mejorar las prácticas sociales y formas de promoción de la salud.

### 6.2. FASE DE EJECUCIÓN

La propuesta la desarrollará el equipo responsable del proyecto en coordinación y colaboración con el personal médico del Centro de Salud Mental Comunitario.

### 6.3. FASE DE EVALUACIÓN

La evaluación será permanente durante la aplicación de todas las actividades. Esto permitirá analizar las cosas positivas y negativas del equipo de trabajo para poder corregir errores.

Durante el proceso se evaluará los saberes previos sobre el tema (conceptos básicos, posibles factores causantes, tratamientos, consecuencias, etc.), para ello se aplicarán herramientas de aprendizaje que permitirá diferenciar la información correcta sobre salud y enfermedad mental; de esta manera vivenciar reacciones de probables situaciones y desechar comportamientos negativos.

Asimismo, la evaluación perdurará aún ya habiendo acabado con las sesiones de sensibilización y capacitación. Se seguirá manteniendo comunicación con los agentes comunitarios de cada sector, de esta manera se verificará el logro de los objetivos planteados.

## VII. ACTIVIDADES Y ACCIONES

### 7.1. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA

<div>MESES</div> <div>ACCIONES</div>	FUNDAMENTACIÓN	GESTIÓN Y DIFUSIÓN		SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN	MONITEREO				EVALUACIÓN DE RESULTADOS			
		Agosto		Septiembre	Octubre				Noviembre			
		1	2	1	1	2	3	4	1	2	3	4
Articulación con los gobiernos locales.	Coordinación con los gobiernos locales para la aplicación del programa en el local comunal y para la programación de fechas que permitirá dar continuidad a la capacitación.	X			Guía y visitas constantes a los agentes comunitarios.				Comunicación y difusión de los logros obtenidos en la ejecución de actividades y del proceso de reproducción de aprendizajes por los agentes comunitarios.			
Difusión del programa de Sensibilización y Capacitación.	Extensión del programa a través de los medios de comunicación por parte de las autoridades a la comunidad del sector.		X									
Aplicación se las sensibilizaciones y capacitaciones.	Ejecución del programa de sensibilización y capacitación según las fechas programadas.			X								
Selección de Agentes Comunitarios.	Elección de representantes que darán continuidad al proyecto.			X								
Monitoreo de la continuidad de la capacitación.	Asesoría, acompañamiento y visitas constantes.											
Evaluación y Resultados	Cotejo de los resultados alcanzados según la realidad presentada antes de la aplicación del programa y difusión de resultados.											

Cuadro 30: Descripción de las estrategias.

## 7.2. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

<div>MESES</div> <div>ACTIVIDADES</div>	CONTENIDOS	SEPTIEMBRE				
		SENSIBILIZACIÓN				CAPACITACIÓN
		1	2	3	4	1
Construyendo saberes generales en Salud Mental	-Importancia de la salud mental. -Causas y consecuencias del deterioro de la salud mental.	X				
Dialoguemos sobre la realidad social de la Salud Mental	- Reflexiones sobre la salud mental. - Realidad local, nacional e internacional sobre la salud mental y el estigma.		X			
Conociendo los procesos de estigmatización en Salud Mental	-Causas y consecuencias del estigma en salud mental. -Conciencia y reflexiones sobre el estigma.			X		
Fomentando hábitos en salud mental y capacidades interpersonales	- Responsabilidad e Inclusión social. - Practicas de prevención en Salud Mental.				X	
Acciones comunitarias para contrarrestar el estigma.	-Acciones a realizar para mejorar la salud mental de la familia y la comunidad. -Acciones a realizar si conozco casos de personas con problemas de salud mental. -Acciones a realizar para disminuir o erradicar el estigma en mi comunidad.					X

Cuadro 31: Descripción de las actividades.

**ACTIVIDAD: TALLER DE SENSIBILIZACIÓN EN SALUD MENTAL PARA MODIFICAR COMPORTAMIENTOS DE  
EXCLUSIÓN SOCIAL - ESTIGMATIZACIÓN**

<b>DIRIGIDO A:</b> Comunidad chiclayana		<b>FECHA:</b> 2020		TIEMPO: 1 H 30
<b>OBJETIVO:</b> Generar conocimiento sobre salud y enfermedad mental para reducir el estigma.				
ACTIVIDAD	ESTRATEGIA/DESARROLLO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
<b>Presentación</b>	Cada participante firmará una hoja de asistencia y se le entregará un carnet con su nombre	Cartulina y plumones	Personal de Salud	10 min
<b>Saberes previos</b>	Se realizará un conversatorio sobre salud mental, enfermedad mental, causas que la ocasionan y tratamiento.		Enfermera - Trabajadora social	15 min
<b>Presentación y desarrollo del tema</b>	Se realizará una presentación y exposición didáctica del tema para realzar la necesidad de conocer sobre salud mental y prevenir algún trastorno mental, a su vez para forjar actitudes positivas y asertivas para mejor convivencia y tolerancia social, combatiendo al estigma. Puntualizando temas como: Taller 1: - Importancia de la salud mental - Causas y consecuencias del deterioro de la salud mental Taller 2: - Reflexiones sobre la salud mental - Realidad local, nacional e internacional sobre la salud mental y el estigma Taller 3: - Causas y consecuencias del estigma en salud mental - Conciencia y reflexiones sobre el estigma Taller 4: - Responsabilidad e Inclusión social - Practicas de prevención en Salud Mental	Diapositivas	Psicólogo	20 min
		-Árbol de causas y efecto -Diapositivas	Responsables -Anthony Lozano -Milagros Tantacuré	20 min
<b>Elección de agentes comunitarios</b>	Se realizarán propuestas entre todos los asistentes para elegir a 4 agentes comunitarios que los represente en la capacitación futura.		Responsables: -Anthony Lozano -Milagros Tantacuré	15 min
<b>Palabras de agradecimiento y despedida</b>	Se darán las palabras de agradecimiento y despedida respectiva a los asistentes, tomándose las fotos necesarias y la firma del acta sobre la sensibilización.	Libro de actas	Responsables: -Trabajadora social -Milagros Tantacuré	10 min.

Cuadro 32: Taller de sensibilización en salud mental para modificar comportamientos de estigmatización.

## ACTIVIDAD: TALLER DE CAPACITACIÓN EN PRÁCTICAS DE SALUD MENTAL PARA AGENTES COMUNITARIOS

			<b>FECHA: 2020</b>	
<b>DIRIGIDO A:</b> Agentes comunitarios de cada sector				
<b>OBJETIVO:</b> Capacitar en profundidad a los agentes comunitarios sobre la salud mental y el estigma.			TIEMPO: 1 H 45 Min.	
ACTIVIDAD	ESTRATEGIA / DESARROLLO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
<b>Presentación</b>	Cada Agente comunitario firmará una hoja de asistencia y se le entregará un carnet con su nombre	Cartulina y plumones	Personal de Salud	10
<b>Saberes previos</b>	Se realizará un conversatorio entre todos los asistentes para hacer recordar los temas antes vistos. - Se aplicará un examen de entrada		Enfermera - Trabajadora social	15 min
<b>Presentación y desarrollo del tema.</b>	Se realizará una presentación y exposición a profundidad del tema para reforzar o enseñarles la necesidad de conocer sobre salud mental y procesos de estigmatización que conlleva a la exclusión social, fomentando procesos de socialización adecuados. - Enfermedades de salud mental - Medicamentos y dosis - Terapia ocupacional - Terapia de lenguaje - Acciones a realizar para mejorar la salud mental de la familia y la comunidad - Acciones a realizar si conozco casos de personas con problemas de salud mental - Acciones a realizar para disminuir o erradicar el estigma en mi comunidad	Diapositivas	Psiquiatra, Psicólogos; Terapistas  Responsables del proyecto	60 min
<b>Evaluación</b>	Se realizará un examen de finalización para verificar los conocimientos recibidos hacia los agentes comunitarios.	Copias de la evaluación	-Trabajadora Social	10 min
<b>Palabras de agradecimiento y despedida.</b>	Se darán las palabras de agradecimiento y despedida respectiva a los asistentes, tomándose las fotos necesarias y la firma del acta sobre la Capacitación. Se promoverá que los agentes comunitarios capaciten a su población y se realizará los seguimientos respectivos.	Libro de actas	Personal de salud	10 min.

Cuadro 33: Taller de capacitación para agentes sobre prácticas de salud mental comunitaria.

#### **IV. CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES**

1. Las formas sociales que influyen en la construcción social de enfermedad mental en el P.J. Atusparia, son las relaciones interpersonales de familia, la socialización amical, las capacitaciones del Centro de Salud Mental Comunitario y la percepción de los medios de comunicación.
2. La construcción de estigma que existe hacia las personas con enfermedad mental en el P.J. Atusparia se caracteriza por la desvalorización, el sentimiento de lástima, prejuicios que expresan sentimiento de miedo, desconfianza y rechazo, y el considerarlos personas incapaces. Asimismo, las principales prácticas de estigmatización son los calificativos despectivos, el aislamiento social, el escaso acceso laboral para estos sujetos y la violencia.
3. Se concluye que sí existe influencia de la construcción social de enfermedad mental en la práctica de estigmatización, debido a que dependerá del nivel conocimiento que posea el individuo sobre enfermedad mental para que este mantenga buenas o inadecuadas relaciones sociales con sujetos con enfermedad mental.
4. Para contrarrestar la estigmatización hacia personas con enfermedad mental, es de gran importancia la aplicación de estrategias sociales que promuevan el conocimiento del tema, asimismo, considerar la participación ciudadana en el proceso de cambio, a fin de que la información impartida tenga mejor acogida y pueda apreciarse la modificación de actitudes y conductas en la socialización.

## **V. CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES**

1. Es oportuno que la sociología se haga presente a partir de la proposición de políticas dirigidas a la protección de estos grupos vulnerados, trabajar porque se reconozca la importancia de la inclusión social de estas personas en la ejecución de programas y políticas de sectores como educación, sector laboral, justicia, asistencia social.
2. La promoción de la salud mental corresponde un tema necesario para el desarrollo comunitario, por lo que es importante el diseño de estrategias sociales que promuevan prácticas de preservación de la misma; asimismo, el conocimiento respectivo de lo que implica la salud y enfermedad mental, de esta manera se logrará reducir los procesos de estigmatización.
3. Se debe de tener en cuenta de manera especial, la ejecución de campañas y sensibilizaciones sobre salud mental y estigma, no solo destinadas a los familiares de las personas con problemas mentales sino a la población en general, sobre todo hacer énfasis en población que posee menor grado de instrucción educativa, para que, de esta manera, todos de forma equitativa, logren acceder a la información y aprender sobre el tema.
4. Una de las formas sociales influyentes en el desarrollo del conocimiento sobre salud mental son los medios de comunicación, por lo que es recomendable que el contenido que se difunda se exponga de forma adecuada y con información correcta puesto que orienta a la construcción o deconstrucción de la imagen social del “enfermo mental”.



## BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. Almirón L. (2008). *Construcción rizomática del concepto de Salud Mental*.  
  
ALCMEON [Internet]. [citado 17 Jul 2017]. Disponible en:  
  
[https://www.alcmeon.com.ar/14/56/08\\_almiron.pdf](https://www.alcmeon.com.ar/14/56/08_almiron.pdf)
2. Arias, H. (2003). *Estudio de las comunidades*. La Habana. Cuba.
3. Bandura, A. (1999). *Una teoría social cognitiva de la personalidad*. Nueva York.  
  
Segunda edición. Pp. 154 – 196.
4. Baró I. (1984) *Guerra y salud mental*. Estudios Centroamericanos, N.º. 429/430,  
  
pp. 503-514.
5. Batthyany, K. & Cabrera, M. (2001). *Metodología de la investigación en ciencias sociales. Apuntes para un curso inicial*. Montevideo. Ecuador.
6. Becker, H. (2009). *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. México.  
  
Pp.241.
7. Caballero, A. (2014). *Metodología integral e innovadora para planes y tesis. La metodología de cómo formularlos*. Cengage Learning.
8. Causse, M. (2009). *El concepto de comunidad desde el punto de vista socio - histórico-cultural y lingüístico*. Santiago de Cuba. Cuba. Ciencia en su PC, núm. 3.  
  
ISSN: 1027-2887

9. Castillo, H. (2019). *Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013 – 2018*.
10. Centro de Salud Mental Comunitaria (2018). *Evaluación de resultados e impactos de un Modelo de Salud Mental Comunitario*. Chiclayo. Perú.
11. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, dependiente de la Organización Mundial. (1997)
12. Constitución Política del Perú (1993). *Capítulo II: “De los derechos sociales y económicos”* – Artículo 7. Pp. 5.
13. Cordero, A. (2008). *Derechos Humanos y Salud Mental*. San Luis. Argentina.  
  
Revista electrónica de psicología política.
14. Corrigan, P. W., Watson, A. C., y Barr, L. (2006). *The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy*. Journal of Social and Clinical Psychology, 25(9), 875-884.
15. Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002a). *The paradox of self-stigma and mental illness*. Clinical Psychology: Science and Practice, 9, 35-53. Recuperado de:  
  
<http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.1099.1091.1035>.
16. Crespan Echegoyen, J. (1968) “*Peter L. Berger y Thomas Luckmann, La construcción social de la realidad*”. Pp. 181 – 183. Buenos Aires. Argentina.

17. De Mesquita Dummar, A. (2015). *Salud mental y exclusión social: un análisis a partir de la esquizofrenia*. España.
18. Ezequiel, A. (1995). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires. Argentina. Editorial Humanitas.
19. Fiestas & Piazza (2018). *Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados Perú Med. Experiencia Salud Pública*. Perú.
20. Galende E. *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós; 1997. p. 29-36.
21. Gálvez, R. (2019). *Percepción de recuperación de Enfermedad Mental y actitud de estigma en establecimientos de salud de primer nivel de atención de Lima Sur - 2017*. Lima. Perú.
22. Gerencia Regional de Salud Lambayeque (2013). *Análisis de situación de salud: ASIS 2013*. Lambayeque. Perú.
23. Gil Mejía (2017). *Influencia de la familia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia bajo el modelo de salud mental comunitario, del centro de salud mental comunitario alto libertad, cerro colorado Arequipa – 2017*. Arequipa. Perú.
24. Goffman, E. (1963). *Estigma, la identidad deteriorada*.
25. Goffman, E. (1961). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Nueva York. Estados Unidos. Amorrortur Editores.

26. Haba, E. (2018). *Discutiendo con un creyente en la “necesidad” de “fundamentar” los Derechos Humanos*. Revista Estudios Jurídicos. Segunda Época.
27. Hernández Pedreño, M. (2010). *El estudio de la pobreza y la exclusión social*. Aproximación cuantitativa y cualitativa. Murcia, España. Universidad de Murcia. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. ISSN 0213-8646.
28. Hernández Sampieri (2014). *Metodología de la investigación*. México. Interamericana Editores. 6<sup>ta</sup> edición.
29. INEI (2018). *Perú: Crecimiento y distribución de la población, 2017*. Lima. Perú.
30. Johnson R, Kuby P. (2012). Estadística Elemental. México. Onceava edición.
31. Lamert, S. (2006). Teorías de la criminalidad. México. Siglo xxi Editores (6<sup>a</sup> ed.).
32. Latorre, A., del Rincón & Arnal (2005). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona. España.
33. Laparra, M. (2008). *Problemas sociales*. Desigualdad, pobreza y exclusión. Madrid. España. FOESSA.
34. León Castro, H. (2005). *Estigma y Enfermedad Mental: Un punto de vista Histórico – Social*. Lima. Perú. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilia Valdizán. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/369240004/4-Estigma-y-Enfermedad-Mental>
35. León Rubio, J Y Jarana Expósito, L (1995). *Una perspectiva psicosocial en los servicios de salud*. Madrid. España.

36. *Ley de código de ética de la función pública*. (2003)
37. Livingston, J. D., y Boyd, J. E. (2010). *Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta analysis*. Social Science & Medicine, 71(12), 2150-2161. Recuperado de: <http://dx.doi.org/2110.1016/j.socscimed.2010.2109.2030>.
38. López, M., y otros. (2006). *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible*. Sevilla. España.
39. Loubat, M., Lobos, R at Carrasco, M. (2017). *Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental*. Arica. Chile. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología. Volumen 12, N° 39, pp. 15-25.
40. Lutz, B. (2010). *La acción social en la teoría sociológica*. México.
41. Macaya, X.; Pihan; R. Vicente, B. (2018). *Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario*. Barcelona. España.
42. Mena Jiménez, A. (2010). *Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental*. Andalucía. España.
- Recuperado de: <https://consaludmental.org/>

43. Ministerio de la Salud; Defensoría del Pueblo; Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad mental*. Lima. Perú.
44. Ministerio de Salud (2017). *Norma técnica de Salud: Centros de Salud Mental Comunitarios*. Lima. Perú.
45. MINSA. (2018). *Lineamientos de política sectorial de salud mental*. Perú.
46. Morrison, J. (2015). *Guía para el diagnóstico clínico*. México. 1<sup>ra</sup> edición.
47. Nagi S. (1976). *An Epidemiology of disability among adults in the United States*. Estados Unidos.
48. Ocaña Rojas, C. (2015). *Salud mental para todos, pero asunto de ellas*. La salud mental desde la perspectiva de mujeres-cuidadoras. Lima. Perú.
- Recuperado de: <https://core.ac.uk/display/143123214>
49. O.M.S. (1983). *Nuevas políticas para educación sanitaria en Atención Primaria de Salud*. Copenhague. Oficina Europea de la OMS. Dinamarca.
50. OMS (2001) *Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza.
51. Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la Salud Mental / Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica en Informe Compendiado*. Ginebra.

52. Pedersen, D. (2009). *Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones*. Montreal. Canadá.
53. Raya Díez, E. (2010). *Discapacidad y vida cotidiana*. Un análisis desde la teoría del estigma de E. Goffman.
54. Rizo López, A. (2006). *¿A qué llamamos exclusión social?* Santiago de Chile. Chile. Universidad de Los Lagos. Polis, Revista de la Universidad Bolivariana. vol. 5, núm. 15. ISSN: 0717-6554.
55. Roca, N., y otros. (2016). *Rompiendo cadenas entre estigma y enfermedad mental. La deconstrucción del estigma desde la acción comunitaria*. Barcelona. España. Revista “Investigación cualitativa en ciencias sociales”. Vol. Nº 3.
56. Rojo Pérez, N. Y García Gonzáles, R. (2000). *Sociología y Salud: Reflexiones para la acción*. Habana. Cuba. Revista Cubana Salud Pública. V.26 Nº 2.
57. Rondón, M. (2006). *Salud Mental: Un problema de Salud Pública en el Perú*. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. Lima, Perú.
58. Runte Geidel, A. (2005). *Estigma y esquizofrenia: Qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores*. Granada. España. Recuperado de: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/766/15750784.pdf;sequence=1>
59. Sabido Ramos, O. (2011). *Institución, Familia y enfermedad mental. Reflexiones socio antropológicas desde un hospital psiquiátrico*, de Víctor Paya y Marco Jiménez, coordinadores. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

60. Salleras (1988). Educación Sanitaria. Díaz de Santos. Madrid. España.
61. Sánchez, E. (2002). *“Teoría del Estrés” en Sociología y enfermedad mental: Reflexiones en torno a un desencuentro*. Madrid. España. Revista internacional de Sociología. Vol 60 - Num 31. Pp 44.
62. Sánchez, C. (2016). *Trastornos mentales en estudiantes de medicina humana en tres universidades de Lambayeque, Perú*. Rev Neuropsiquiatr vol.79 Nº 4. Lima. Perú.
63. Scheff, T. J. (1966). *Being mentally Ill: A sociological theory*. Chicago: Aldine (reprinted 1984).
64. Schütz, A. (1964). *Estudios sobre teoría social*. Buenos Aires. Argentina.
65. Sepúlveda DM, Álvarez LS. *Exclusión social y calidad de vida relacionada con la salud en personas entre 25 y 60 años de la zona nororiental de Medellín-Colombia, 2009*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012. Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a06.pdf>
66. Simón Alonso, L. (2015). *Modificación del estigma asociado a la enfermedad mental: evaluación de una intervención en institutos de enseñanza secundaria obligatoria en Navarra*. Madrid. España. Recuperado de:  
[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/667987/simon\\_alonso\\_lorena\\_de.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/667987/simon_alonso_lorena_de.pdf?sequence=1)



67. Socarrás, E. (2004). *Participación, Cultura y Comunidad*. La Habana. Cuba. Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana.
68. Strong, S. (1978). *Social Psychological approach to psychotherapy research*. Wiley. Nueva York.
69. Stolkiner, A. (2009). *Procesos de estigma y exclusión en salud, articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y droga-dependencia*. Buenos Aires. Argentina. Universidad de Buenos Aires.
70. Tezanos, J. (1999). *Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades avanzadas*. Un marco para el análisis. Madrid. España. En J. F. Tezanos (Ed), *Tendencias en desigualdad y exclusión social*.
71. Ubilla, E. (2009) *El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm*. *Rev chil neuropsiquiat*. Rev. Chilena. [Internet]. [citado 17 Jul 2017]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272009000200008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000200008)
72. Velásquez, A (2008). *Harrison C. White. Identity & Control. How Social Formations Emerge*. Pp. 427. México pp. Revista Mexicana de Sociología.

# ANEXOS

HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES
Si se examinan las formas sociales que influyen en la construcción social de enfermedad mental y la estigmatización a personas con enfermedades mentales, teniendo en cuenta las teorías del etiquetamiento de Becker, la teoría del estigma Goffman y la teoría de la construcción social de Luckman y Berger, entonces será posible elaborar una estrategia social para contrarrestar	<b>CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE ENFERMEDAD MENTAL</b>	Interacción de actores que el un sistema social conforman tipificaciones y representaciones sociales que son institucionalizadas.  <b>(Berger y Luckman)</b>	CULTURA	Creencias sociales	Prejuicios
					Pensamientos sobre las personas con E.M.
					Pensamientos sobre las E.M.
			SOCIALIZACIÓN SOBRE E.M.	Formas de interacción del conocimiento de E.M.	Socialización primaria
					Socialización secundaria
					Promoción sobre S.M.
			MEDIOS DE COMUNICACIÓN	Desinformación	Imagen de las personas con enfermedades mentales
					Autoestigma

la estigmatización a personas con enfermedades mentales en el PP. JJ. Atusparias.	<b>ESTIGMATIZACIÓN</b>	Serie de interacciones dinámicas que fomentan discriminación, exclusión y desigualdad social.  <b>Link, B y Phelan (2001)</b>	<b>APOYO EMOCIONAL</b>	Responsabilidad familiar	Pensamientos incorrectos sobre salud mental
					Pensamientos incorrectos sobre las personas con problemas de salud mental
					Lazos familiares
			<b>ACEPTACIÓN Y RECHAZO</b>	Inferiorización	Calidad de vida
				Peligro para la comunidad	Miedo
				Resocialización	Oportunidades

CUADRO 34: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES



**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUZ GALLO**

**FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO  
SOCIALES Y EDUCACIÓN**



**CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE ENFERMEDAD MENTAL Y  
ESTIGMATIZACIÓN EN EL PP.JJ. ATUSPARIAS, DISTRITO DE  
JOSÉ LEONARDO ORTIZ, AÑO 2020.**

**OBJETIVO: Identificar las formas sociales que influyen en la  
construcción social de Enfermedad Mental.**

**Sexo:**

**F**

**M**

**Grado de Instrucción:**

- 1.- ¿Qué características cree usted que poseen las personas con enfermedades mentales?
- 2.- ¿Cree usted que las personas con bajos recursos son más propensos a padecer una enfermedad mental?
- 3.- ¿Considera que una persona con enfermedad mental puede llevar una vida normal?
- 4.- ¿Cree usted que las personas con enfermedad mental pueden ocupar cargos públicos?
- 5.- ¿Cree usted que las personas con enfermedad mental pueden llegar a tener hijos y criarlos normalmente?

- 6.- ¿Cómo cree usted que se origina una enfermedad mental?
- 7.- ¿Qué cree que se debe hacer ante una E.M.?
- 8.- ¿Conversa usted con su familia sobre salud mental, sobre qué temas?
- 9.- ¿En su escuela o trabajo le han hablado sobre salud mental, qué temas?
- 10.- ¿Dialoga con sus amistades sobre enfermedad mental? ¿Qué temas?
- 11.- ¿Usted ha recibido charlas sobre salud mental del centro comunitario? ¿por qué le interesó conocer?
- 12.- ¿Acepta y confía en la información brindada por los medios de comunicación sobre salud mental, por qué?
- 13.- ¿Considera que la imagen que muestran los medios de comunicación sobre las personas con E.M. influye en el rechazo hacia ellos, por qué?
- 14.- ¿Considera usted que los medios de comunicación promueven el temor a convivir con una enfermedad mental, por qué?

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUZ GALLO**



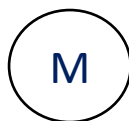
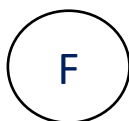
**FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO  
SOCIALES Y EDUCACIÓN**



**“CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE ENFERMEDAD MENTAL Y  
ESTIGMATIZACIÓN EN EL PP.JJ. ATUSPARIAS, DISTRITO DE  
JOSÉ LEONARDO ORTIZ, AÑO 2020.”**

**OBJETIVO: Identificar las prácticas de estigmatización presentes en la  
ciudad de Chiclayo.**

**Sexo:**



**Grado de Instrucción:**

- 1.- ¿Conoce usted a personas cercanas con enfermedades mentales? ¿Cómo son tratadas ellas?
- 2.- ¿Qué haría usted si alguna persona en su familia empieza a padecer una enfermedad mental?
- 3.- ¿Cómo debe ser tratado una persona con enfermedad mental por su familia?
- 4.- ¿Cómo es la relación de su comunidad con un sujeto con E.M.?
- 5.- ¿Cómo deben ser tratadas las personas con enfermedad mental por parte de su comunidad?
- 6.- Si se encuentra usted a una persona con enfermedad mental deambulando en la calle, ¿Cómo reacciona?

7.- ¿Se debe mantener a las personas con problemas de salud mental encerrados bajo llave para aislarlos de la sociedad, por qué?

8.- ¿Utiliza usted el termino loco para insultar a alguien, independientemente si esa persona tiene o no una enfermedad mental?

9.- ¿Considera que las personas con enfermedad mental originan miedo y mantienen una conducta agresiva? ¿Por qué?

10.- ¿Considera que a las personas con enfermedad mental se les debe tratar con violencia para controlarlos?

11.- ¿Contrataría usted a una persona con enfermedad mental?

12.- ¿Permitiría usted que sus hijos tengan amigos con enfermedad mental?



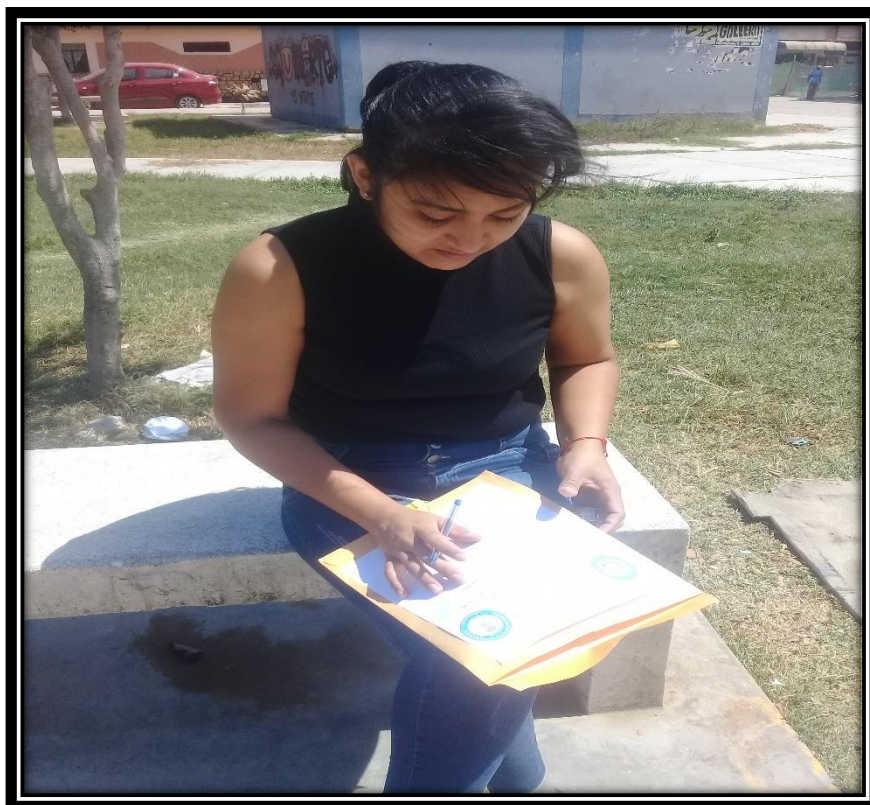


Figura 9: Señorita realizando la encuesta en el parque del sector.



Figura 10: Trabajador mototaxista de calles principales del sector, realizando la encuesta.



Figura 11: Madre de familia realizando la encuesta.



Figura 12: Padre de familia realizando la encuesta.





Figura 13: Señora, dueña de bodega, realizando la encuesta.



Figura 14: Señor de iglesia cristiana realizando la encuesta.



Figura 15: Señor comerciante de fruta del mercado de Atusparia realizando la encuesta.



Figura 16: Adulto mayor, comerciante de fruta del mercado de Atusparia realizando la encuesta.



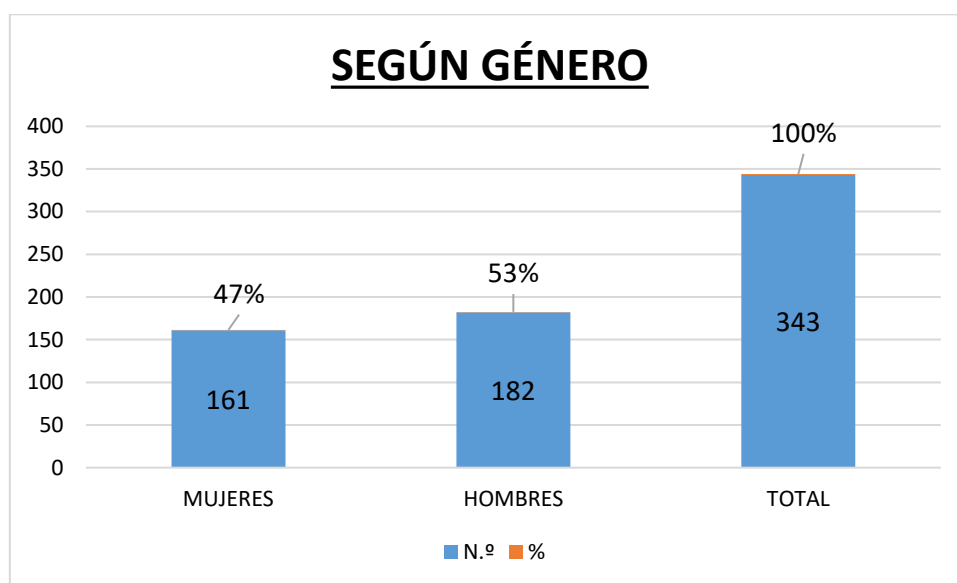


Figura 17: Persona consumidora del mercado Atusparias.

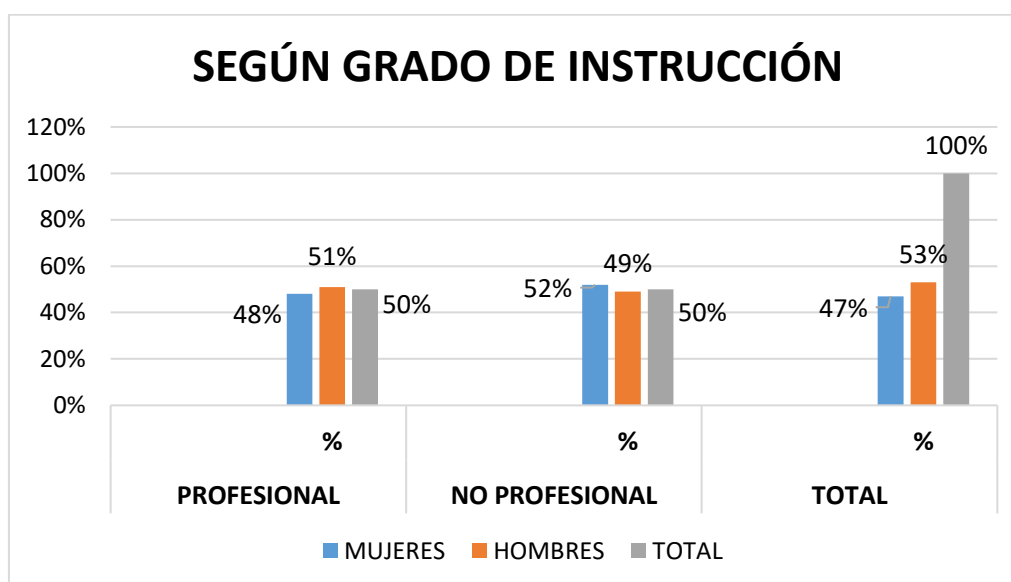


Figura 18: Investigadora encuestando a comerciante de condición analfabeta.

## TABLAS DE LAS ENCUESTAS

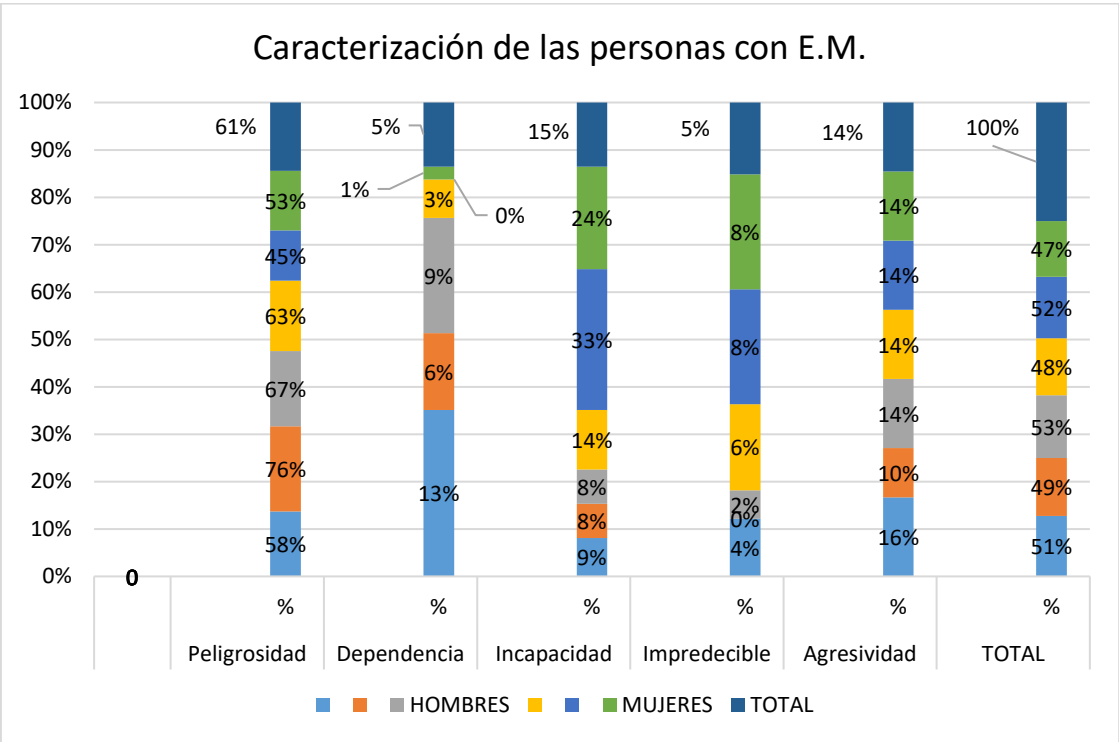


Total, de personas encuestadas, representadas en porcentaje, según género. Elaboración propia 2020.

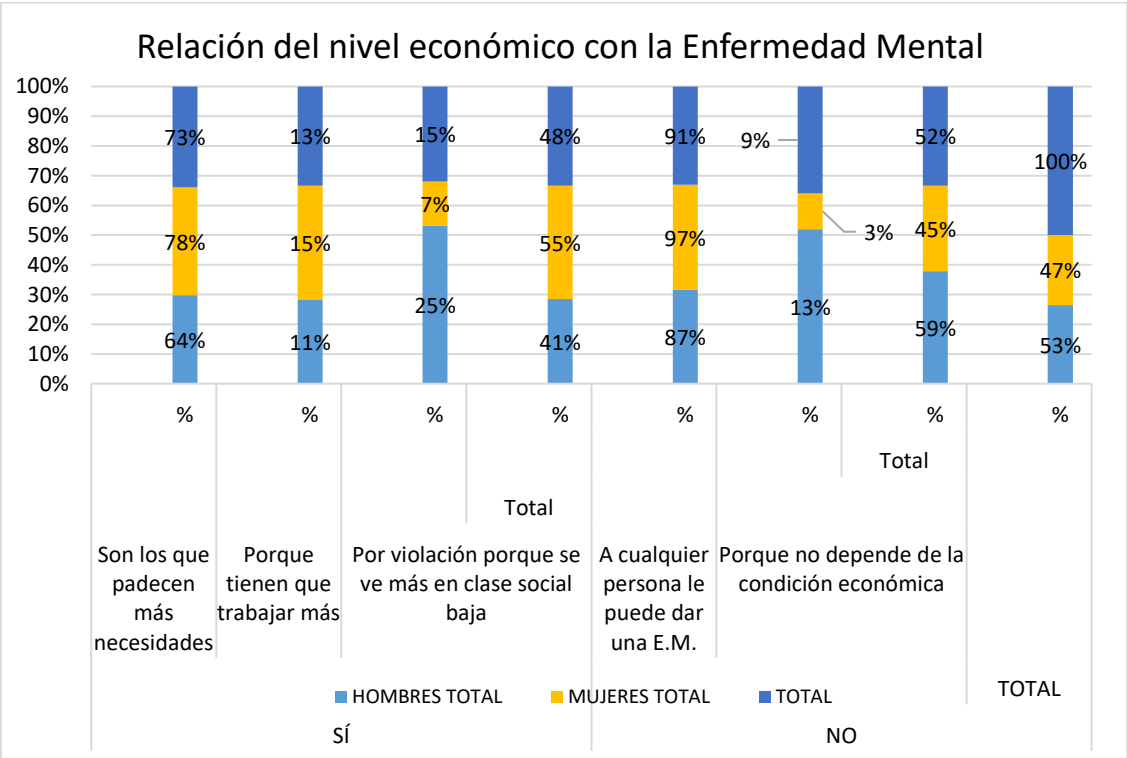


Total, de personas encuestadas, representadas en porcentaje, según grado de instrucción. Elaboración propia 2020.

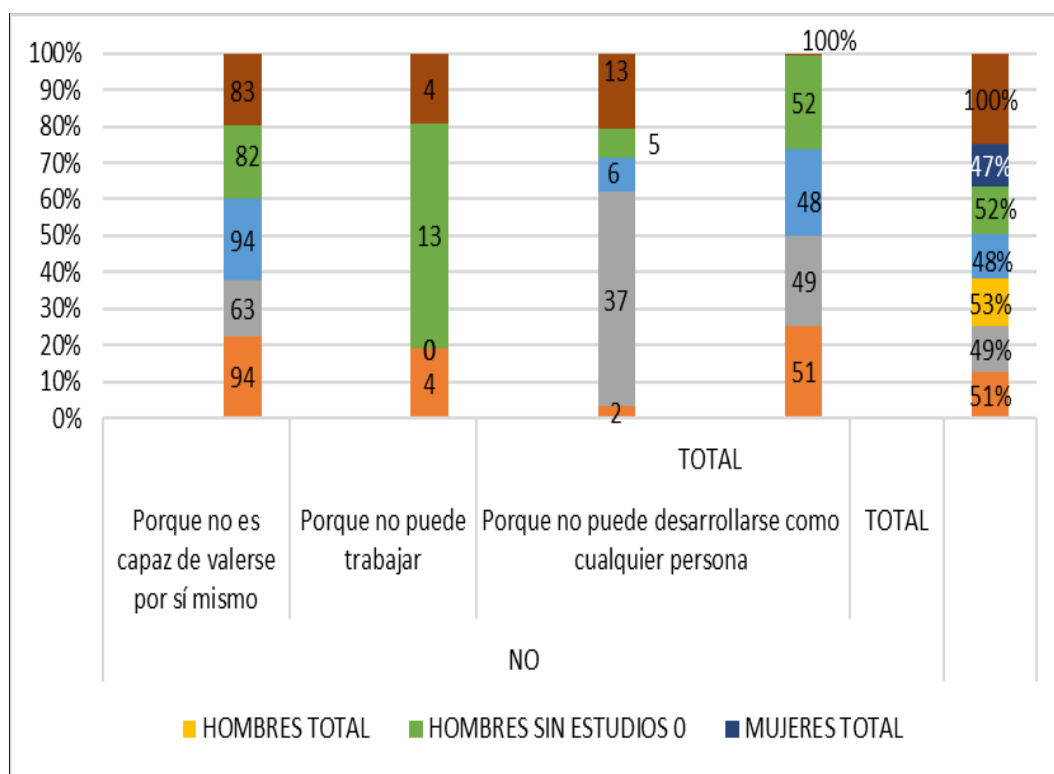
# TABLAS DE LA ENCUESTA SOBRE CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE ENFERMEDAD MENTAL.



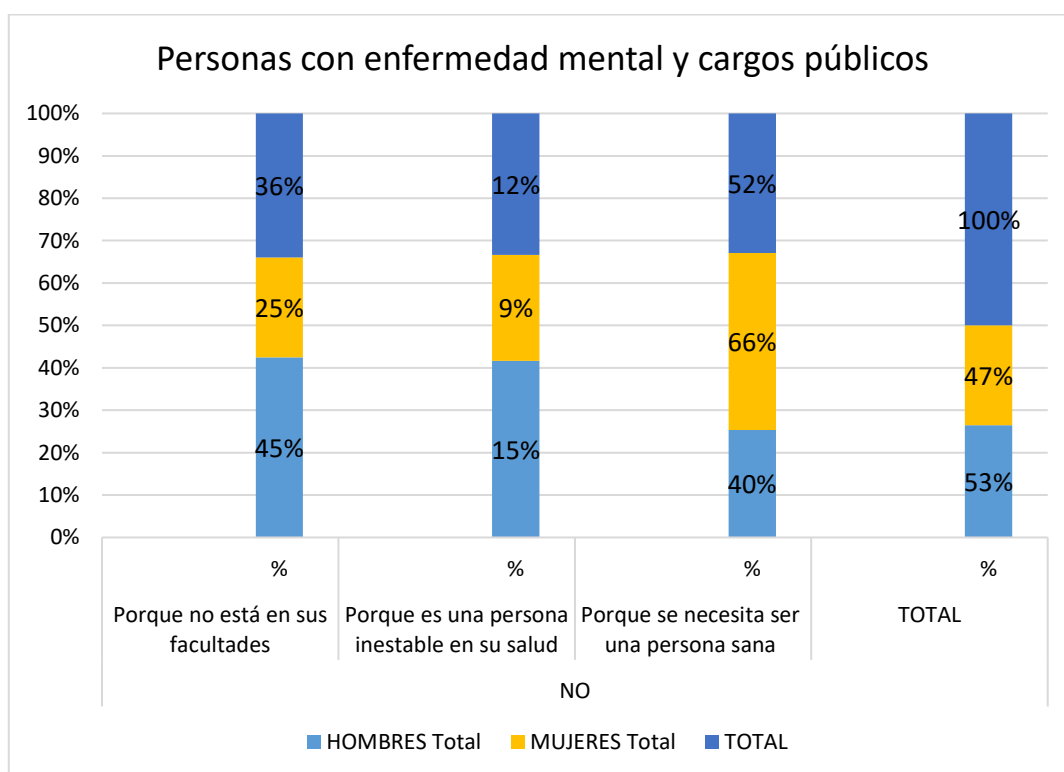
Primera pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



Segunda pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.

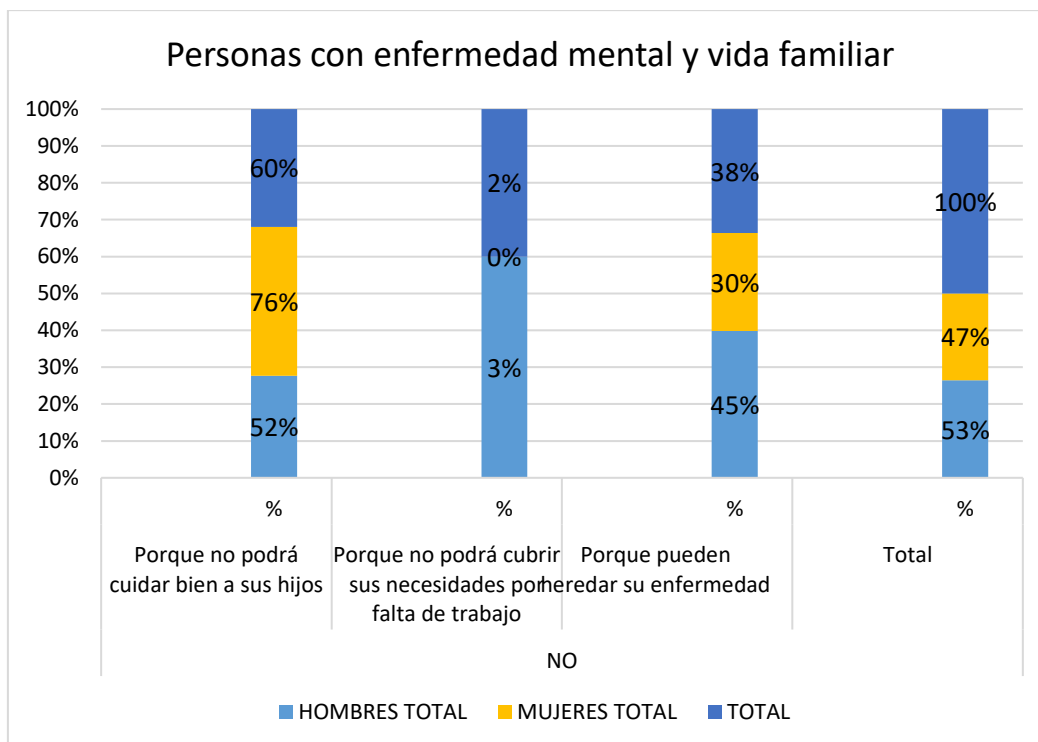


Tercera pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.

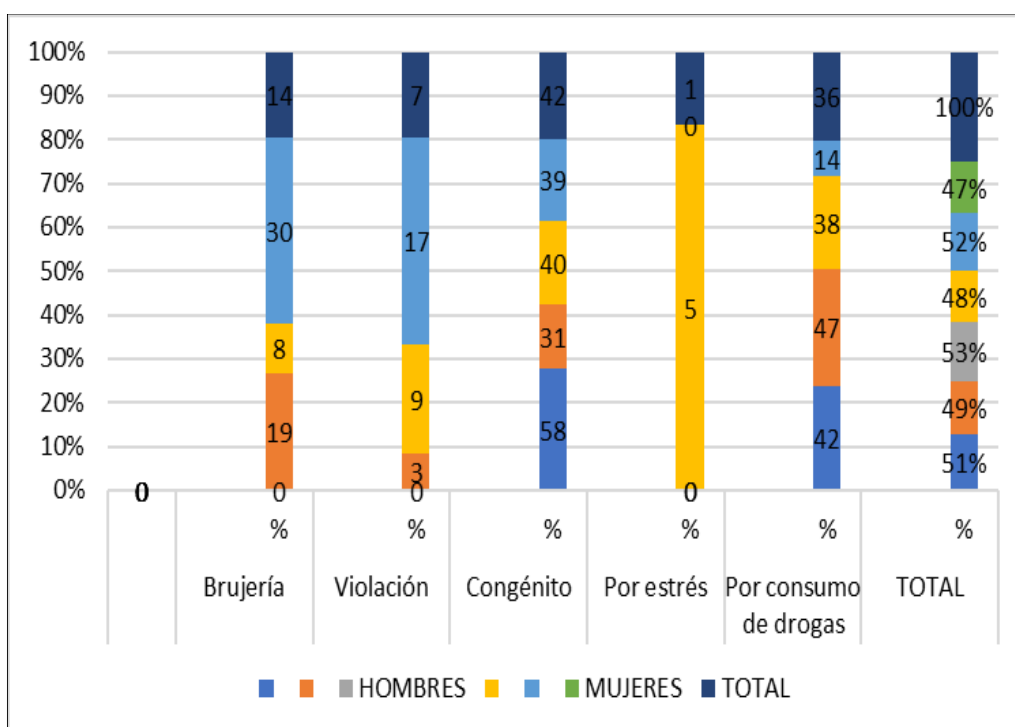


Cuarta pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.

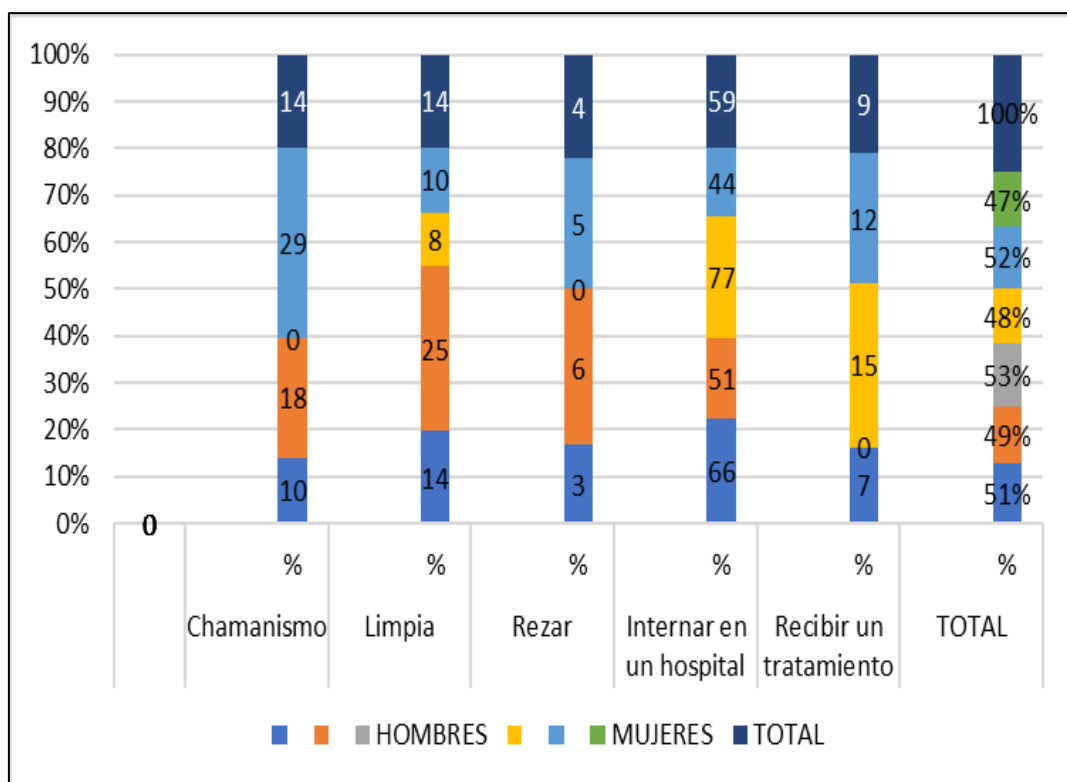




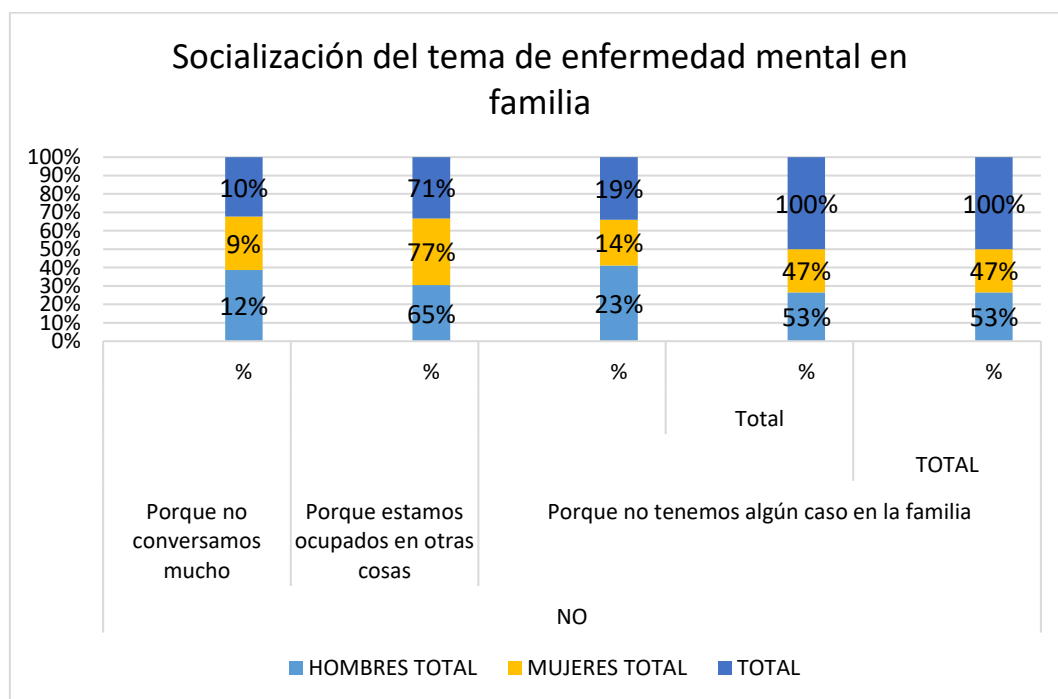
Quinta pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



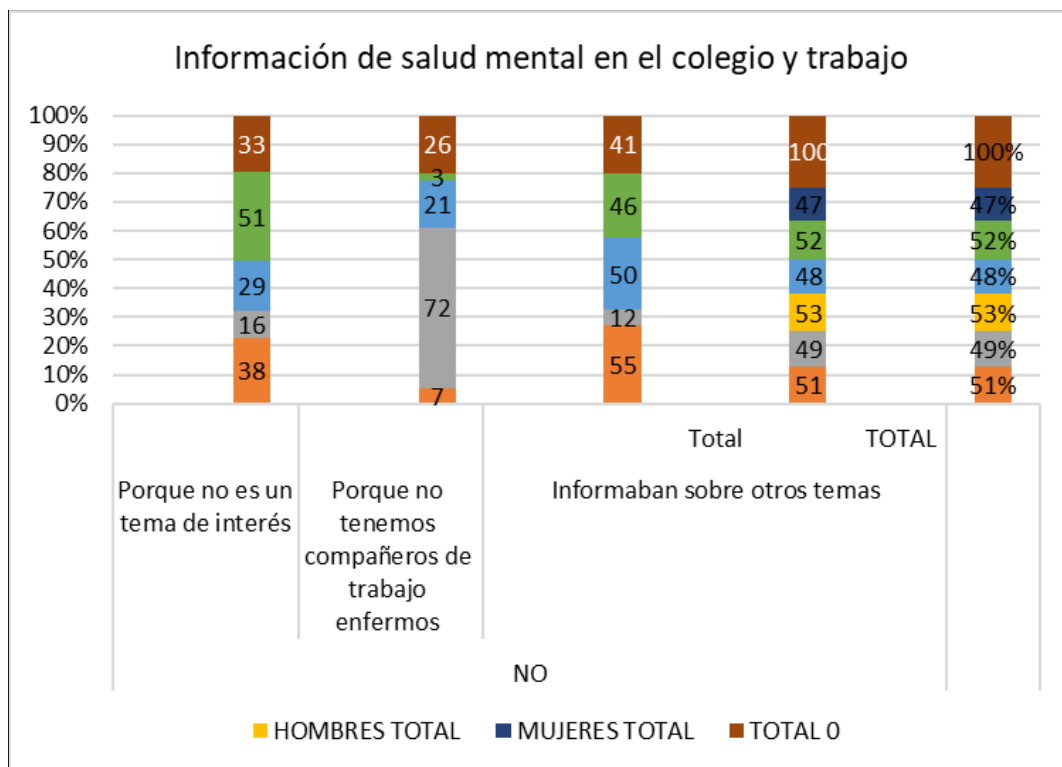
Sexta pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



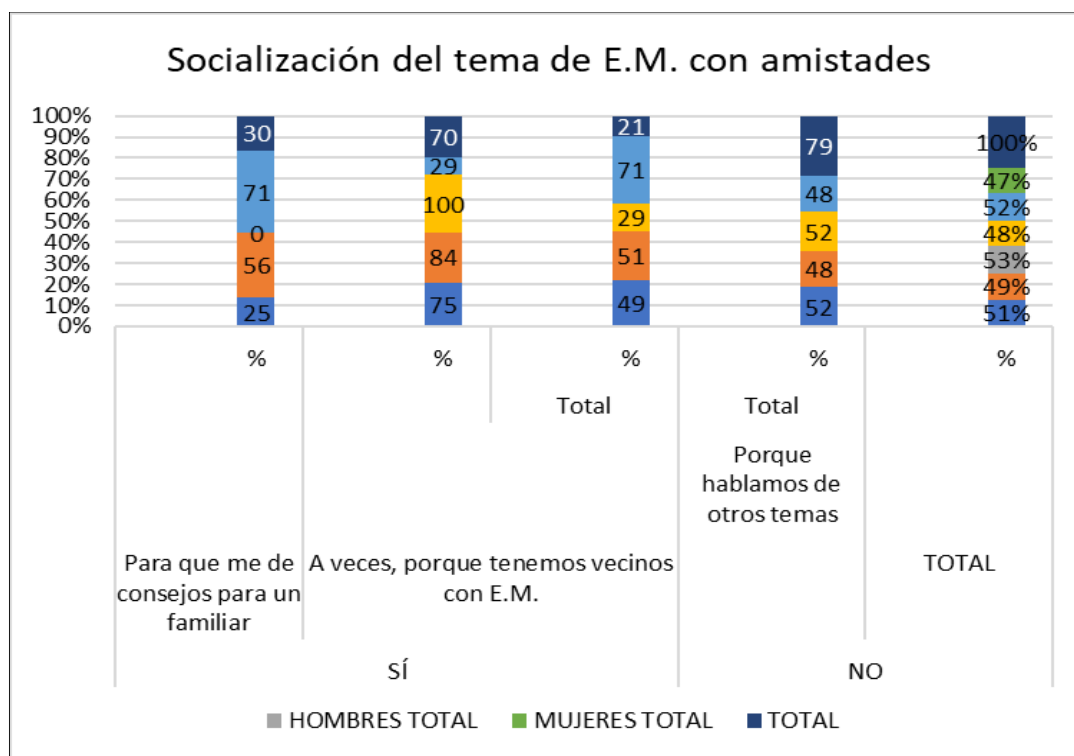
Séptima pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



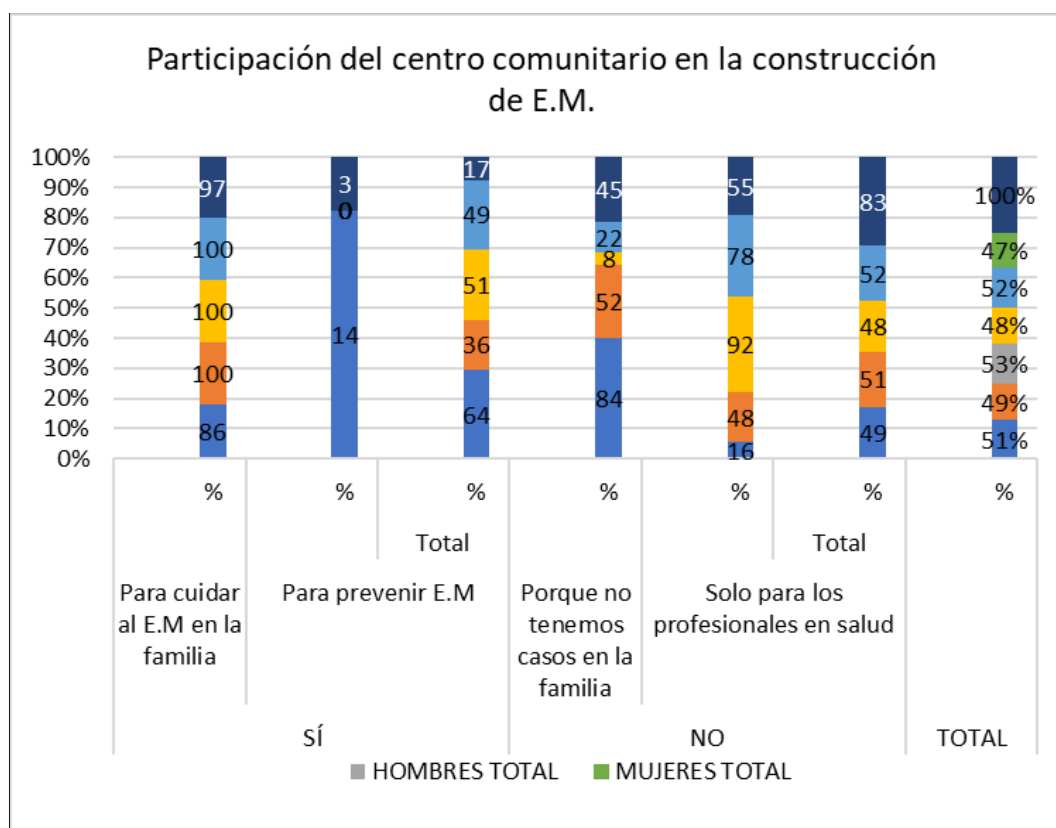
Octava pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



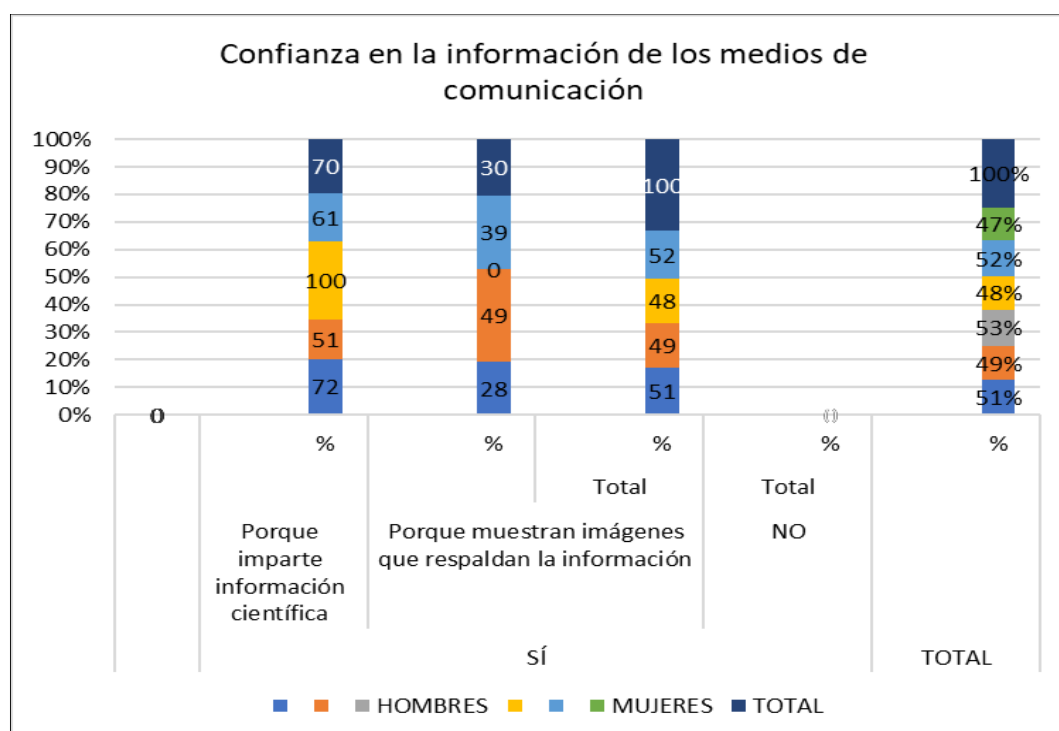
Novena pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



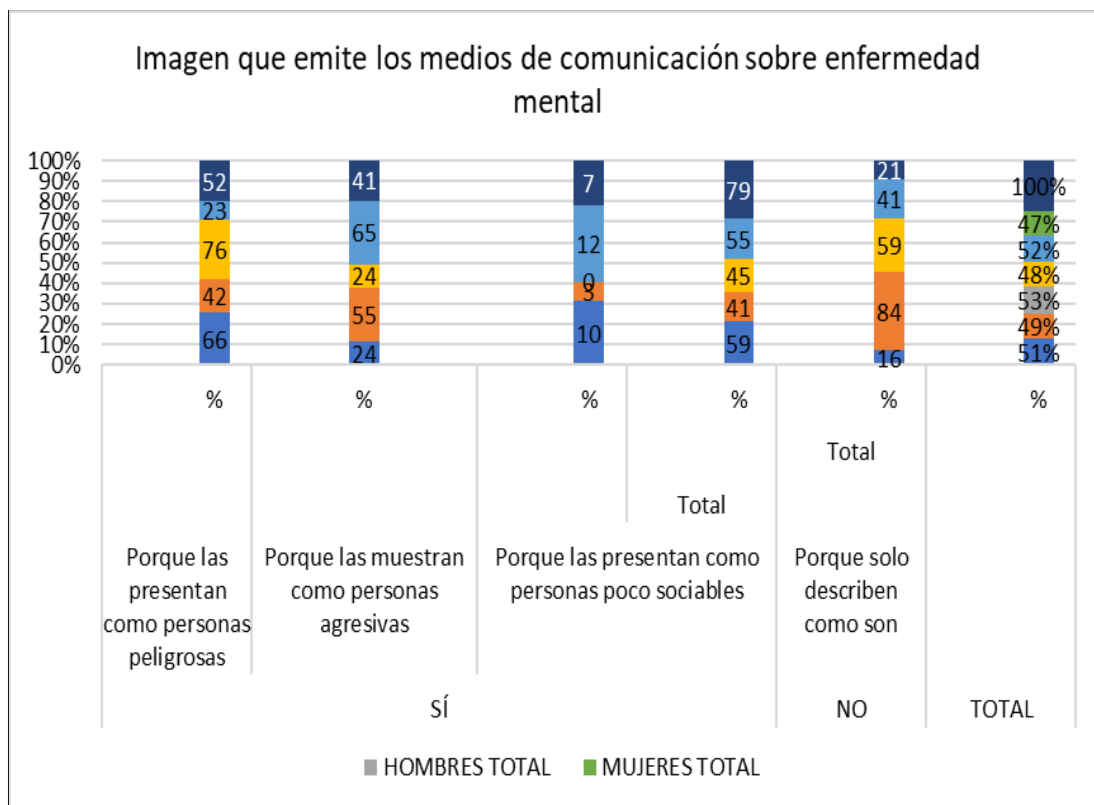
Décima pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



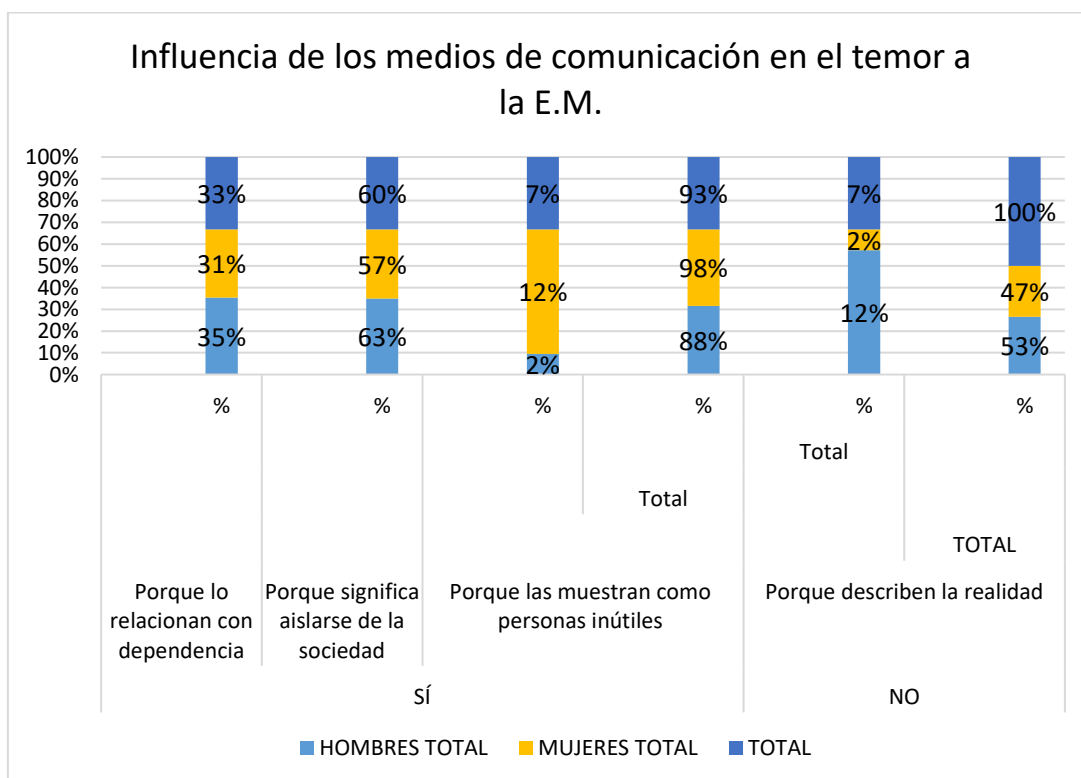
Onceava pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



Doceava pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.

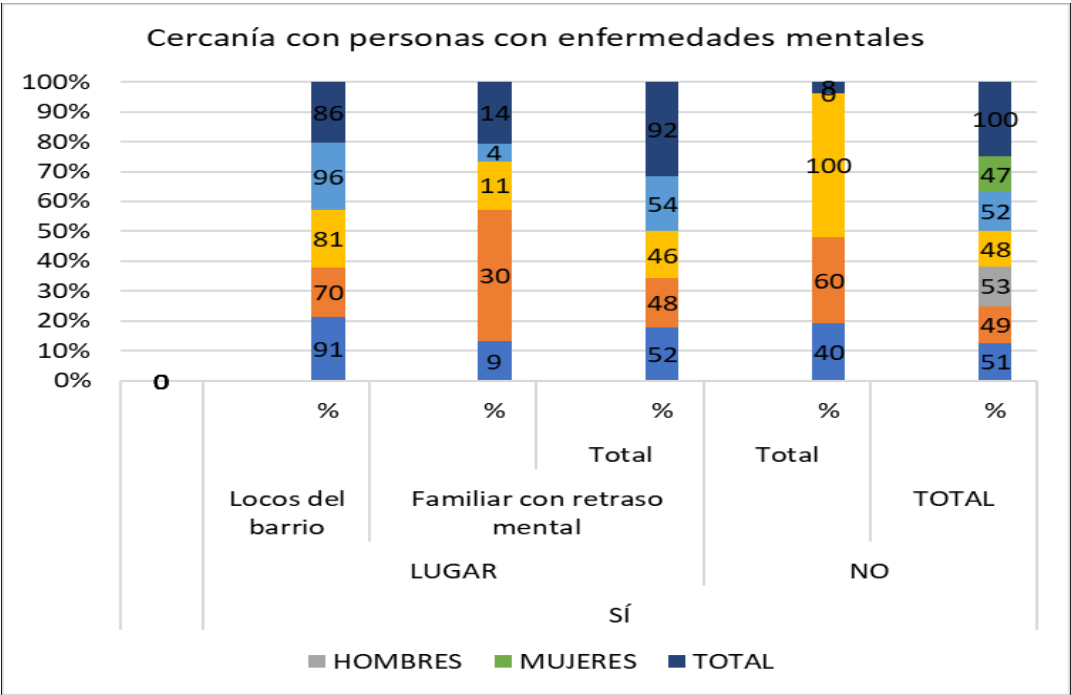


Treceava pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.

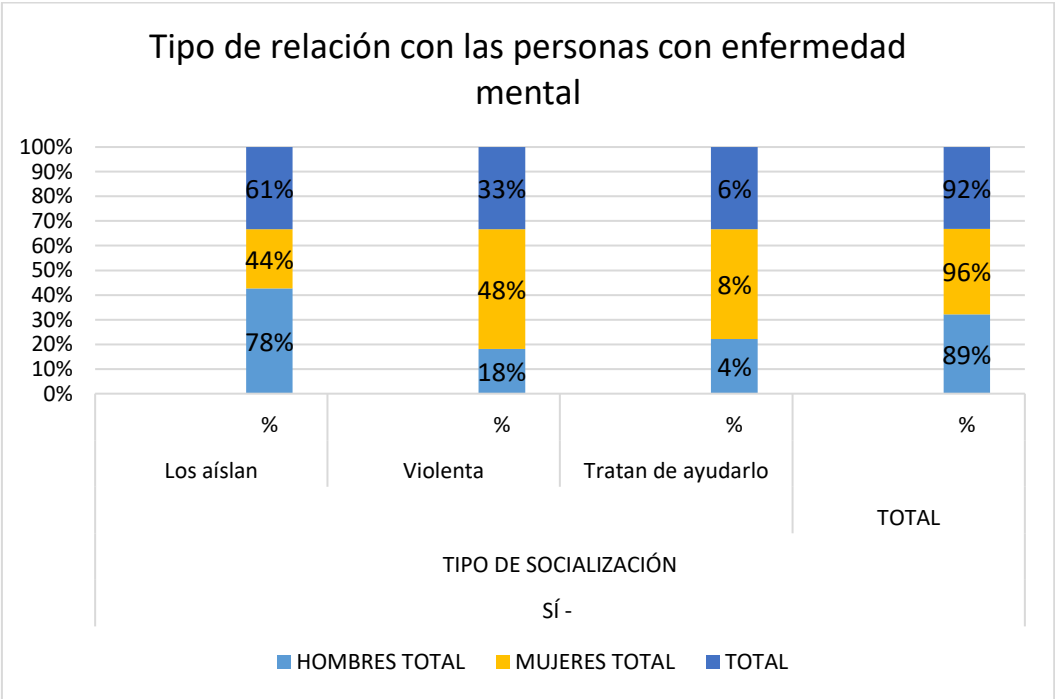


Catorceava pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.

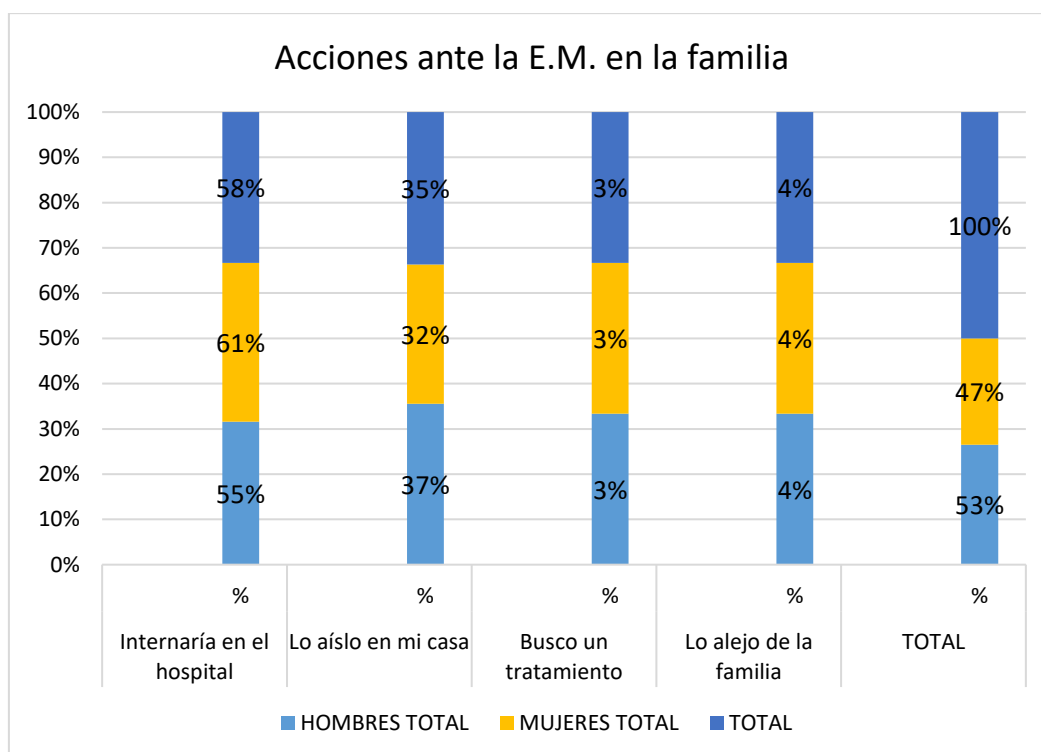
# TABLAS DE LA ENCUESTA SOBRE ESTIGMATIZACIÓN POR ENFERMEDAD MENTAL



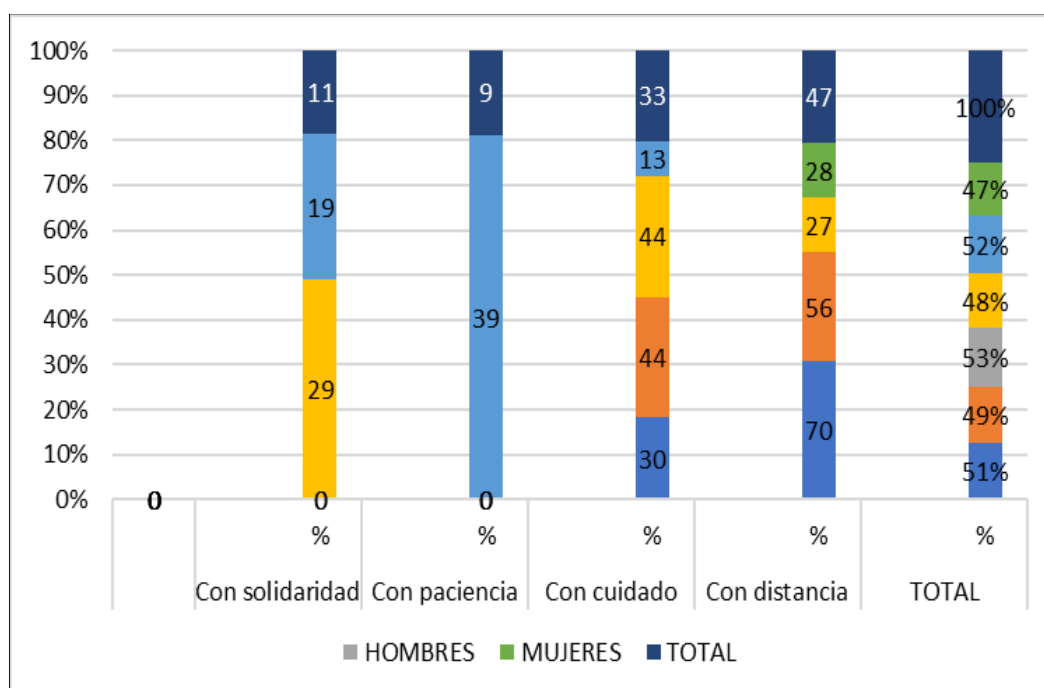
Primera pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



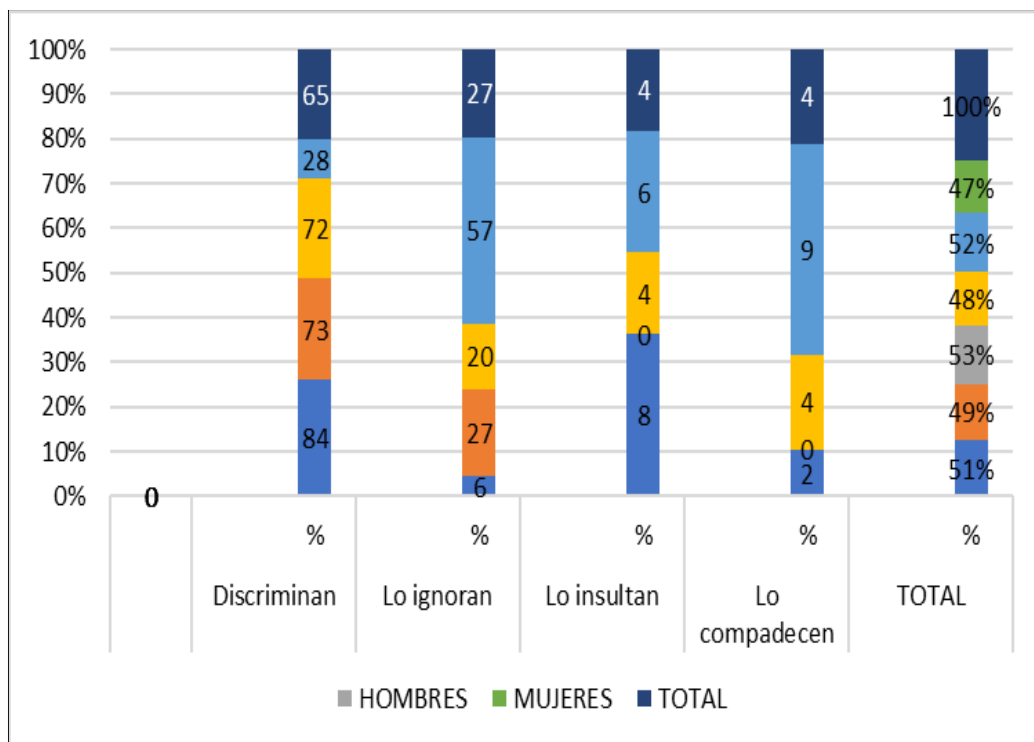
Primera pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



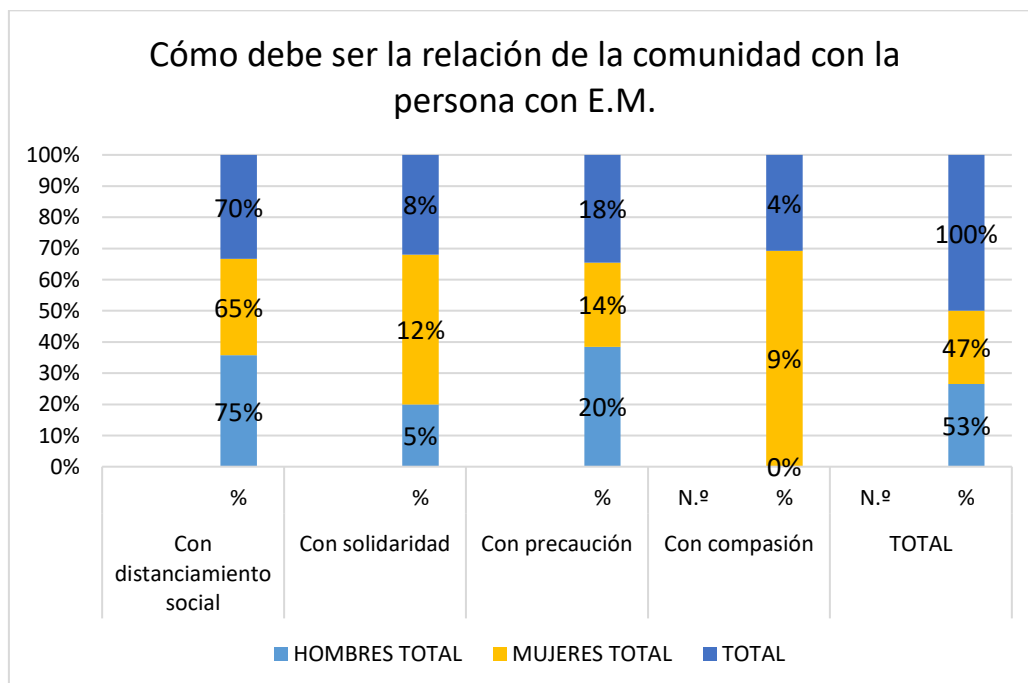
Segunda pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



Tercera pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.

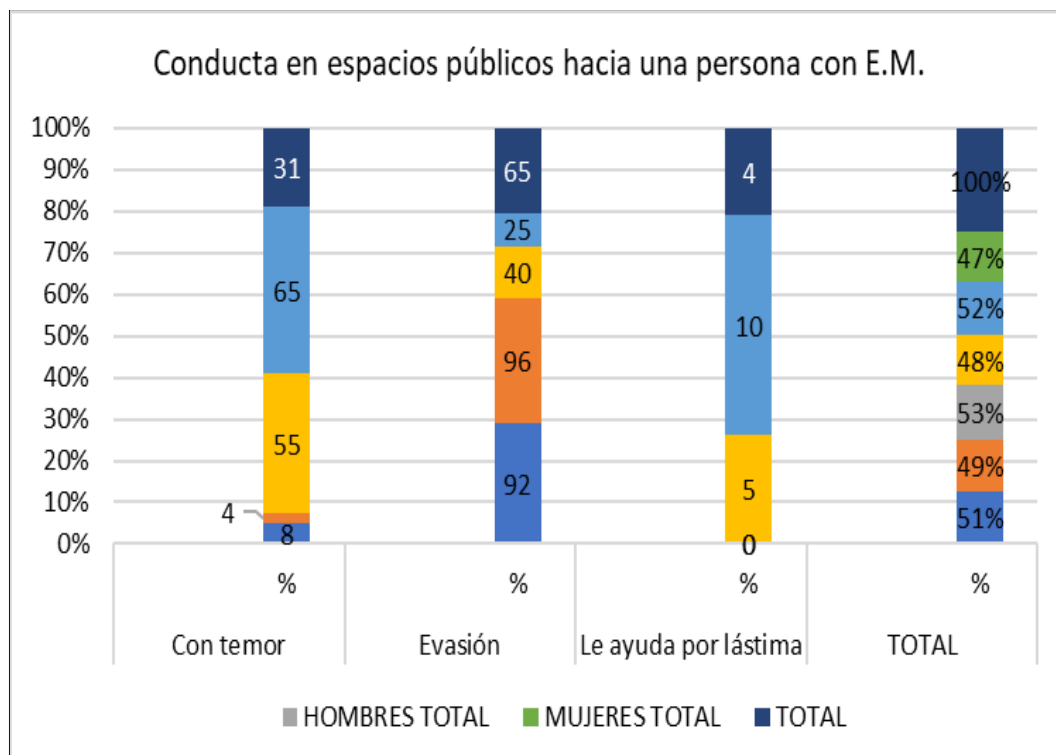


Cuarta pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.

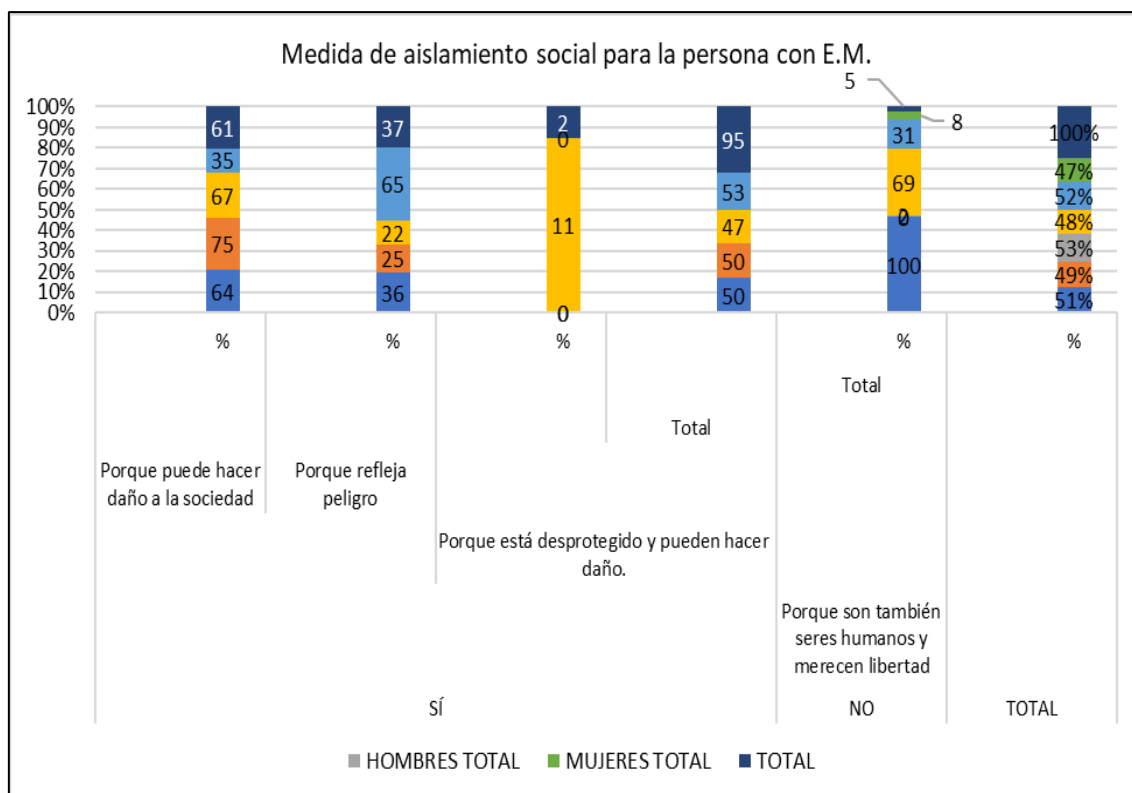


Quinta pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.

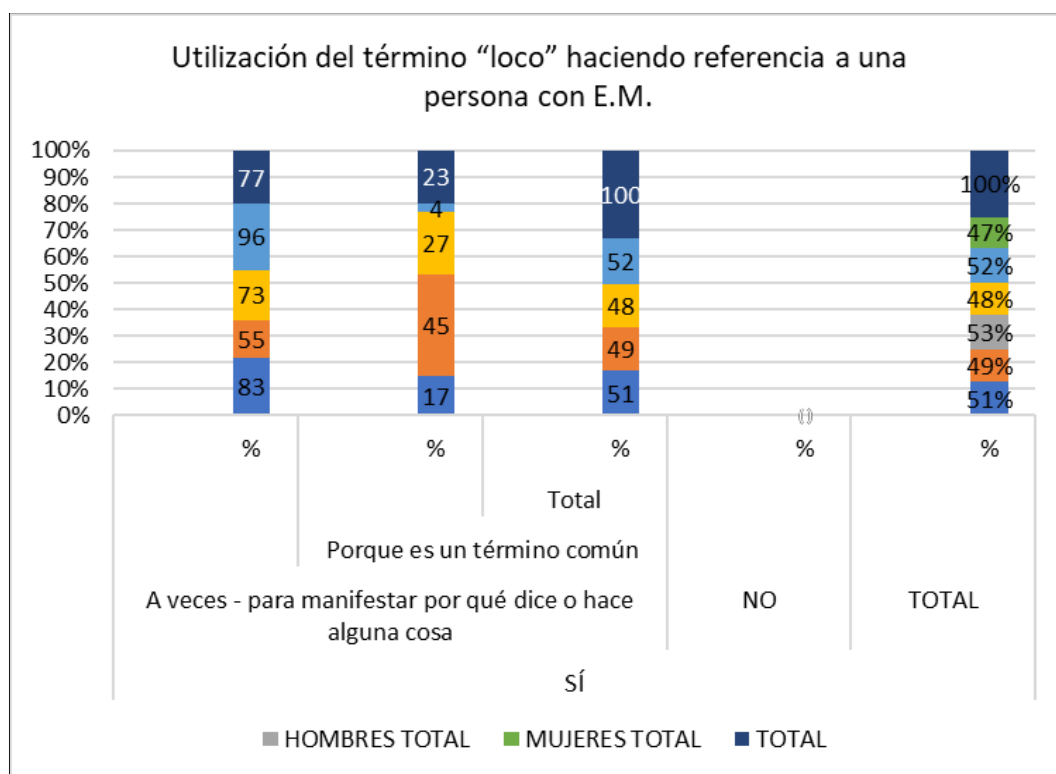




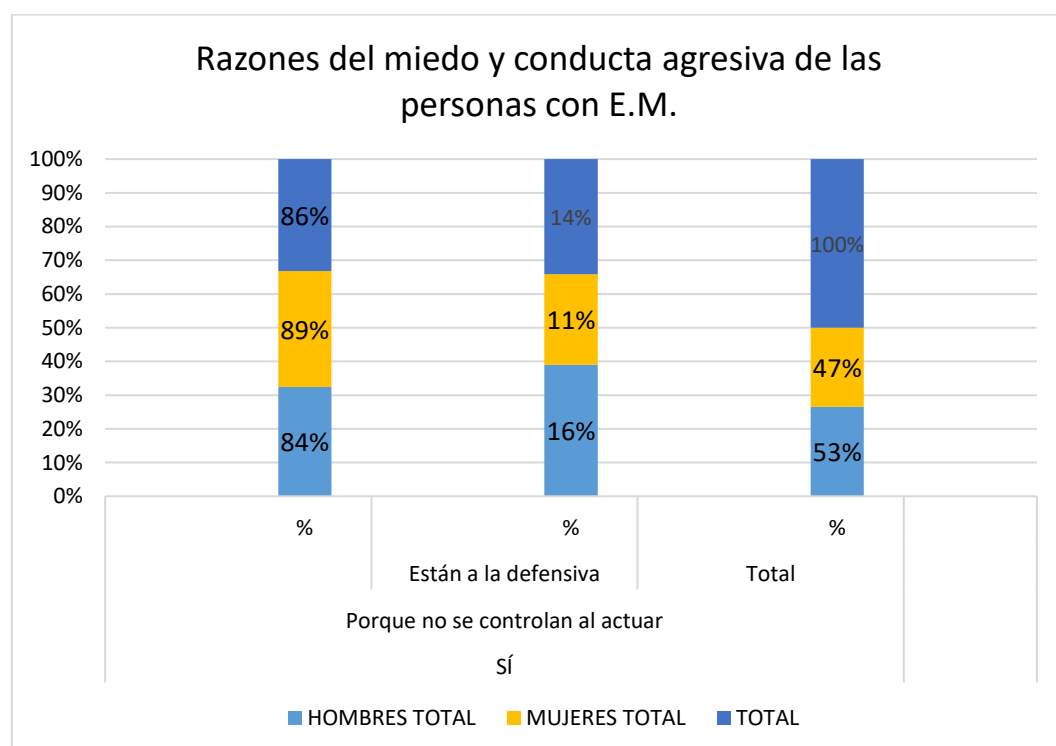
Sexta pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



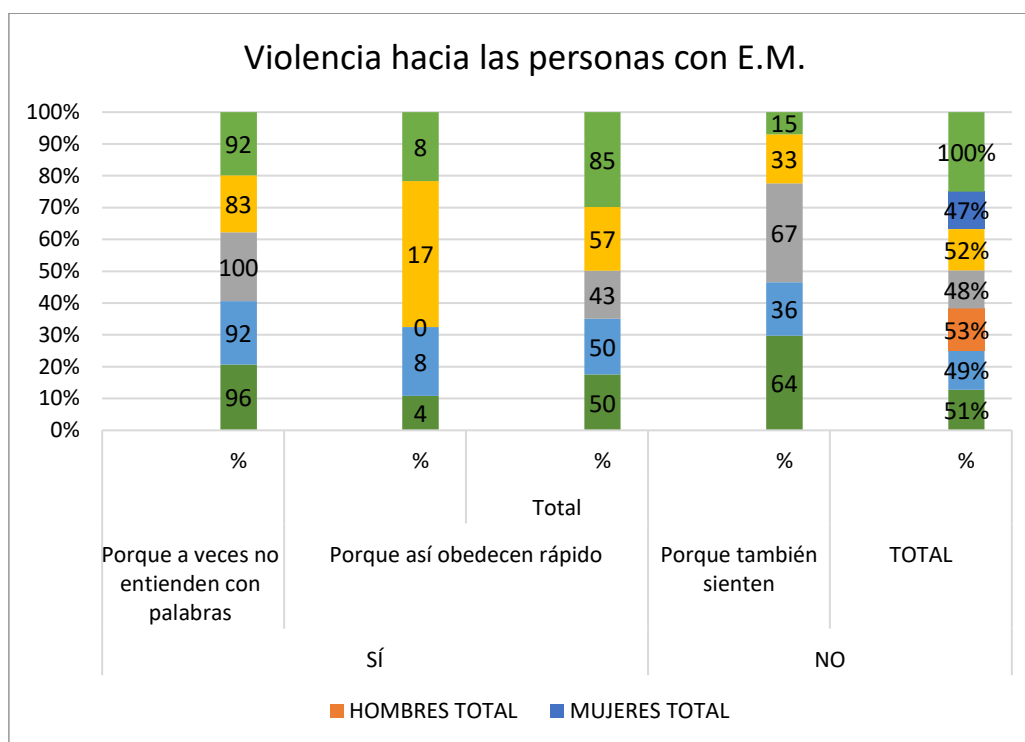
Séptima pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



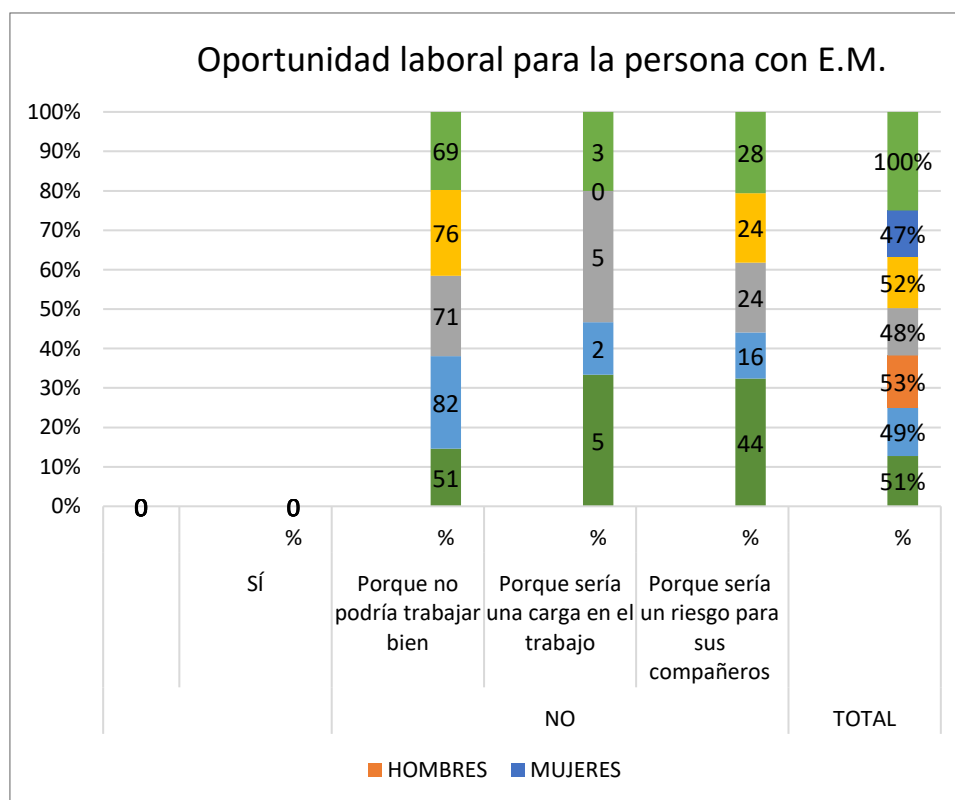
Octava pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



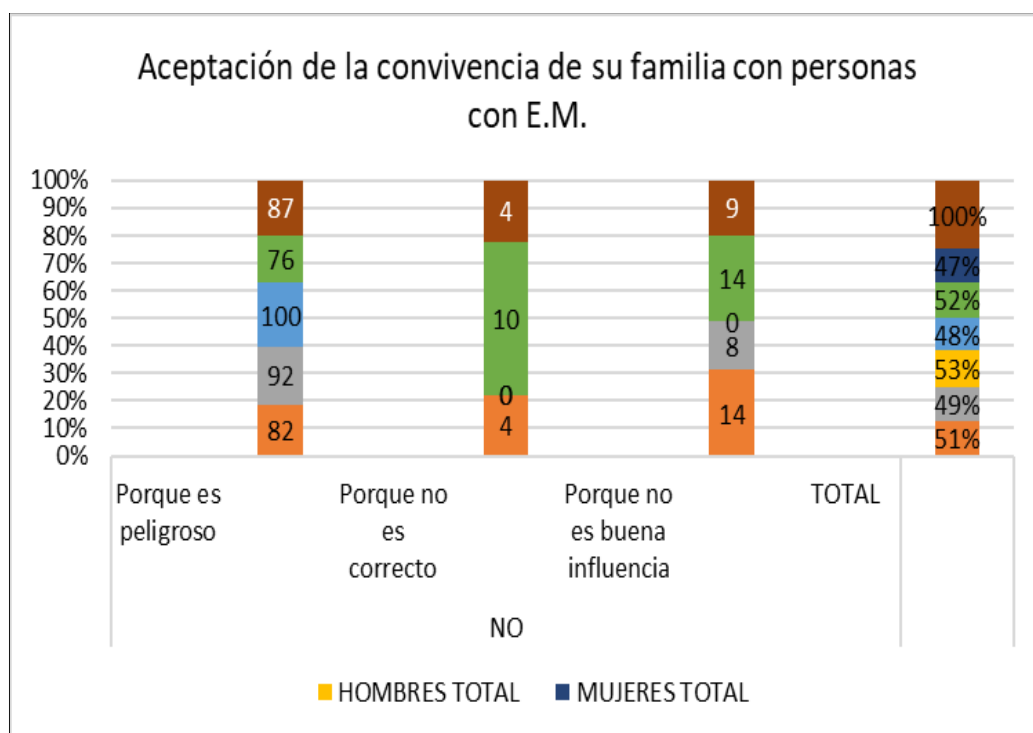
Novena pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



Décima pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



Onceava pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.



Doceava pregunta del total de encuestados(as), representados en porcentajes según género. Elaboración propia 2020.

## INFORMES DE SIMILITUD DEL SOFTWARE TURNITIN



### Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Dina Milagros Tantacuré Cabrejos
Título del ejercicio:	Tesis de pregrado
Título de la entrega:	Construcción social de enfermedad.
Nombre del archivo:	CONSTRUCCI_N_SOCIAL_DE_E.M.
Tamaño del archivo:	5.53M
Total páginas:	173
Total de palabras:	35,428
Total de caracteres:	186,929
Fecha de entrega:	01-abr-2021 09:11p.m. (UTC0500)
Identificador de la entrega:	1548693746

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO  
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICAS SOCIALES Y  
EDUCACIÓN  
ESCUELA PROFESIONAL DE DOCTORADO



1120

Construcción social de enfermedad mental y su diagnóstico en el PUEB  
Almagro, Alberto de José Francisco Delgado 2020.

Resolución por el Poder Judicial de la Federación de la Corte Suprema de Justicia

Resolución por el Poder Judicial de la Federación de la Corte Suprema de Justicia

Resolución por el Poder Judicial de la Federación de la Corte Suprema de Justicia

Resolución por el Poder Judicial de la Federación de la Corte Suprema de Justicia

Luzmila - 1000  
1000

## Construcción social de enfermedad mental y estigmatización en el PP.JJ

### INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE  
INTERNET

4%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

1

[revintsociologia.revistas.csic.es](http://revintsociologia.revistas.csic.es)

Fuente de Internet

1%

2

[www.readbag.com](http://www.readbag.com)

Fuente de Internet

1%

3

[es.scribd.com](http://es.scribd.com)

Fuente de Internet

1%

4

[cybertesis.unmsm.edu.pe](http://cybertesis.unmsm.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

5

[repositorio.unsa.edu.pe](http://repositorio.unsa.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

6

[documentop.com](http://documentop.com)

Fuente de Internet

1%

7

[hdl.handle.net](http://hdl.handle.net)

Fuente de Internet

1%

8

[scielo.isciii.es](http://scielo.isciii.es)

Fuente de Internet

1%

9	<a href="http://eprints.ucm.es">eprints.ucm.es</a> Fuente de Internet	<1 %
10	<a href="http://scielo.sld.cu">scielo.sld.cu</a> Fuente de Internet	<1 %
11	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	<1 %
12	<a href="http://www.scribd.com">www.scribd.com</a> Fuente de Internet	<1 %
13	<a href="http://repositorio.unprg.edu.pe">repositorio.unprg.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
14	<a href="http://inforpressca.com">inforpressca.com</a> Fuente de Internet	<1 %
15	<a href="http://tesis-investigacion-cientifica.blogspot.com">tesis-investigacion-cientifica.blogspot.com</a> Fuente de Internet	<1 %
16	<a href="http://digibug.ugr.es">digibug.ugr.es</a> Fuente de Internet	<1 %
17	<a href="http://diposit.ub.edu">diposit.ub.edu</a> Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	<1 %
19	<a href="http://repositori.uji.es">repositori.uji.es</a> Fuente de Internet	<1 %

20	archive.org Fuente de Internet	<1 %
21	idus.us.es Fuente de Internet	<1 %
22	Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Trabajo del estudiante	<1 %
23	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
24	Submitted to Universidad Catolica de Oriente Trabajo del estudiante	<1 %
25	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	<1 %
26	pt.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
27	doku.pub Fuente de Internet	<1 %
28	digibuo.uniovi.es Fuente de Internet	<1 %
29	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
30	www.elheraldo.com.co Fuente de Internet	<1 %



31	<a href="http://worldwidescience.org">worldwidescience.org</a> Fuente de Internet	<1 %
32	<a href="http://www.ucm.es">www.ucm.es</a> Fuente de Internet	<1 %
33	<a href="http://es.wikipedia.org">es.wikipedia.org</a> Fuente de Internet	<1 %
34	<a href="http://tesisexarxa.net">tesisexarxa.net</a> Fuente de Internet	<1 %
35	<a href="http://www.mhinnovation.net">www.mhinnovation.net</a> Fuente de Internet	<1 %
36	<a href="http://d-scholarship.pitt.edu">d-scholarship.pitt.edu</a> Fuente de Internet	<1 %
37	Submitted to Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNAD,UNAD Trabajo del estudiante	<1 %
38	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	<1 %
39	<a href="http://qdoc.tips">qdoc.tips</a> Fuente de Internet	<1 %
40	<a href="http://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
41	<a href="http://www.redalyc.org">www.redalyc.org</a> Fuente de Internet	<1 %

42	<a href="https://opus4.kobv.de">opus4.kobv.de</a> Fuente de Internet	<1%
43	Submitted to University of Surrey Trabajo del estudiante	<1%
44	<a href="https://repository.javeriana.edu.co">repository.javeriana.edu.co</a> Fuente de Internet	<1%
45	Submitted to Universidad de Salamanca Trabajo del estudiante	<1%
46	<a href="https://tesis.pucp.edu.pe">tesis.pucp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
47	<a href="http://www.clubensayos.com">www.clubensayos.com</a> Fuente de Internet	<1%
48	Submitted to Universidad de Nebrija Trabajo del estudiante	<1%
49	<a href="http://www.scielo.org.pe">www.scielo.org.pe</a> Fuente de Internet	<1%
50	<a href="https://dspace.ucuenca.edu.ec">dspace.ucuenca.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1%
51	Evelyn Huizing, Susana Rodríguez-Gómez, Nieves Lafuente Robles. "The implementation of the Mental Health Nursing Specialty in Andalusia. A community approach", Enfermería Clínica (English Edition), 2019 Publicación	<1%

52	<a href="http://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Fuente de Internet	<1%
53	<a href="http://www.mir.es">www.mir.es</a> Fuente de Internet	<1%
54	Submitted to Universidad de Costa Rica Trabajo del estudiante	<1%
55	<a href="http://disproyinvpsiuce.blogspot.com">disproyinvpsiuce.blogspot.com</a> Fuente de Internet	<1%
56	<a href="http://dokumen.pub">dokumen.pub</a> Fuente de Internet	<1%
57	<a href="http://www.slideshare.net">www.slideshare.net</a> Fuente de Internet	<1%
58	<a href="http://www.swsd-stockholm-2012.org">www.swsd-stockholm-2012.org</a> Fuente de Internet	<1%
59	<a href="http://kupdf.net">kupdf.net</a> Fuente de Internet	<1%
60	<a href="http://www.asoc-aen.es">www.asoc-aen.es</a> Fuente de Internet	<1%
61	<a href="http://www.dualtexts.com">www.dualtexts.com</a> Fuente de Internet	<1%
62	Submitted to Universiteit van Amsterdam Trabajo del estudiante	<1%
63	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	

		<1 %
64	<a href="http://www.proceedings.ciaiq.org">www.proceedings.ciaiq.org</a> Fuente de Internet	<1 %
65	<a href="http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co">bibliotecadigital.usbcali.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
66	<a href="http://repositorio.uta.edu.ec">repositorio.uta.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
67	<a href="http://www.samfyc.org">www.samfyc.org</a> Fuente de Internet	<1 %
68	Submitted to Universidad Carlos III de Madrid Trabajo del estudiante	<1 %
69	Submitted to Universidad Nacional de Frontera Trabajo del estudiante	<1 %
70	<a href="http://amusm.org">amusm.org</a> Fuente de Internet	<1 %
71	Submitted to Universidad San Ignacio de Loyola Trabajo del estudiante	<1 %
72	<a href="http://rpmesp.ins.gob.pe">rpmesp.ins.gob.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
73	<a href="http://scielosp.org">scielosp.org</a> Fuente de Internet	<1 %
74	<a href="http://www.asaenec.org">www.asaenec.org</a> Fuente de Internet	<1 %

75	<a href="http://www.claeh.org.uy">www.claeh.org.uy</a> Fuente de Internet	<1 %
76	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	<1 %
77	<a href="http://hdr.undp.org">hdr.undp.org</a> Fuente de Internet	<1 %
78	<a href="http://revistaselectronicas.ujaen.es">revistaselectronicas.ujaen.es</a> Fuente de Internet	<1 %
79	<a href="http://www.fes-web.org">www.fes-web.org</a> Fuente de Internet	<1 %
80	<a href="http://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	<1 %
81	<a href="http://lildbi.fcm.unc.edu.ar">lildbi.fcm.unc.edu.ar</a> Fuente de Internet	<1 %
82	<a href="http://www.eurosur.org">www.eurosur.org</a> Fuente de Internet	<1 %
83	Submitted to Universidad Viña Mar Trabajo del estudiante	<1 %
84	<a href="http://alldokument.com">alldokument.com</a> Fuente de Internet	<1 %
85	<a href="http://www.comunidad.madrid">www.comunidad.madrid</a> Fuente de Internet	<1 %
86	<a href="http://www.minsa.gob.pe">www.minsa.gob.pe</a>	

	Fuente de Internet	<1 %
87	<a href="http://www.portalagrario.gob.pe">www.portalagrario.gob.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
88	<a href="http://repositorio.uss.edu.pe">repositorio.uss.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
89	<a href="http://ddd.uab.cat">ddd.uab.cat</a> Fuente de Internet	<1 %
90	<a href="http://doaj.org">doaj.org</a> Fuente de Internet	<1 %
91	<a href="http://link.springer.com">link.springer.com</a> Fuente de Internet	<1 %
92	<a href="http://repository.usta.edu.co">repository.usta.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
93	<a href="http://tagoto.wixsite.com">tagoto.wixsite.com</a> Fuente de Internet	<1 %
94	<a href="http://www.tandfonline.com">www.tandfonline.com</a> Fuente de Internet	<1 %
95	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	<1 %
96	<a href="http://repositorio.uncp.edu.pe">repositorio.uncp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
	<a href="http://villanos.net">villanos.net</a>	

97	Fuente de Internet	<1 %
98	Submitted to UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA Trabajo del estudiante	<1 %
99	centrodeconocimiento.ccb.org.co Fuente de Internet	<1 %
100	ciencia.lasalle.edu.co Fuente de Internet	<1 %
101	hcgu.udg.mx Fuente de Internet	<1 %
102	revistapsicorepsi.wixsite.com Fuente de Internet	<1 %
103	www.science.gov Fuente de Internet	<1 %
104	Submitted to CONACYT Trabajo del estudiante	<1 %
105	educaciongratis.info Fuente de Internet	<1 %
106	gospeakyourmind.org Fuente de Internet	<1 %
107	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %

[www.businessclubspanje.nl](http://www.businessclubspanje.nl)

108	Fuente de Internet	<1 %
109	<a href="http://www.cajpe.org.pe">www.cajpe.org.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
110	<a href="http://www.islaternura.com">www.islaternura.com</a> Fuente de Internet	<1 %
111	Marta Rizo García. "Construcción de la realidad, Comunicación y vida cotidiana - Una aproximación a la obra de Thomas Luckmann", Intercom: Revista Brasileira de Ciências da Comunicação, 2015 Publicación	<1 %
112	<a href="http://documents.mx">documents.mx</a> Fuente de Internet	<1 %
113	<a href="http://dspace.unl.edu.ec">dspace.unl.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
114	<a href="http://guacherna.uac.edu.co">guacherna.uac.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
115	<a href="http://icvdecreixement.blogspot.com">icvdecreixement.blogspot.com</a> Fuente de Internet	<1 %
116	<a href="http://mafiadoc.com">mafiadoc.com</a> Fuente de Internet	<1 %
117	<a href="http://media.timetoast.com">media.timetoast.com</a> Fuente de Internet	<1 %



118	<a href="http://philarchive.org">philarchive.org</a> Fuente de Internet	<1 %
119	<a href="http://repositorio.espam.edu.ec">repositorio.espam.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
120	<a href="http://repositorio.ucsg.edu.ec">repositorio.ucsg.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
121	<a href="http://revpoliticas.uanl.mx">revpoliticas.uanl.mx</a> Fuente de Internet	<1 %
122	<a href="http://unpan1.un.org">unpan1.un.org</a> Fuente de Internet	<1 %
123	<a href="http://www.anamib.com">www.anamib.com</a> Fuente de Internet	<1 %
124	<a href="http://www.eltiempodenayarit.com">www.eltiempodenayarit.com</a> Fuente de Internet	<1 %
125	<a href="http://www.iin.oas.org">www.iin.oas.org</a> Fuente de Internet	<1 %
126	<a href="http://www.lacomarcadepuertollano.com">www.lacomarcadepuertollano.com</a> Fuente de Internet	<1 %
127	<a href="http://www.monografias.com">www.monografias.com</a> Fuente de Internet	<1 %
128	<a href="http://www.tauniversity.org">www.tauniversity.org</a> Fuente de Internet	<1 %
129	<a href="http://www.trasplantados.com">www.trasplantados.com</a> Fuente de Internet	

		<1 %
130	<a href="http://www.ub.es">www.ub.es</a> Fuente de Internet	<1 %
131	Carvalho, Janaína de Cássia(Machado, Lia Zanotta). "Controle social e responsabilização familiar : a administração da emergência psiquiátrica em Brasília e na Cidade do México", RIUnB, 2006. Publicación	<1 %
132	David Faigin. "Comparing the effects of live and video-taped theatrical performance in decreasing stigmatization of people with serious mental illness", Journal of Mental Health, 2007 Publicación	<1 %
133	Gaby Ramia. "El desafío del cumplimiento: consecuencias para la seguridad social en la República Popular de China", La Revista Internacional de Seguridad Social, 1/2008 Publicación	<1 %
134	<a href="http://beta.nami.org">beta.nami.org</a> Fuente de Internet	<1 %
135	<a href="http://cdeporte.rediris.es">cdeporte.rediris.es</a> Fuente de Internet	<1 %
136	<a href="http://disidentia.com">disidentia.com</a> Fuente de Internet	<1 %

137	<a href="https://dspace.ceu.es">dspace.ceu.es</a> Fuente de Internet	<1 %
138	<a href="https://mydokument.com">mydokument.com</a> Fuente de Internet	<1 %
139	<a href="https://patientsafetymovement.org">patientsafetymovement.org</a> Fuente de Internet	<1 %
140	<a href="https://repository.pedagogica.edu.co">repository.pedagogica.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
141	<a href="https://repository.unimilitar.edu.co">repository.unimilitar.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
142	<a href="https://rpsico.mdp.edu.ar">rpsico.mdp.edu.ar</a> Fuente de Internet	<1 %
143	<a href="https://ruidera.uclm.es">ruidera.uclm.es</a> Fuente de Internet	<1 %
144	<a href="https://veritaslaverdad.blogspot.com">veritaslaverdad.blogspot.com</a> Fuente de Internet	<1 %
145	<a href="https://www.chicmagazine.com.mx">www.chicmagazine.com.mx</a> Fuente de Internet	<1 %
146	<a href="https://www.congreso.es">www.congreso.es</a> Fuente de Internet	<1 %
147	<a href="https://www.dspace.uce.edu.ec">www.dspace.uce.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
148	<a href="https://www.elsevier.es">www.elsevier.es</a> Fuente de Internet	

		<1 %
149	<a href="http://www.eluniverso.com">www.eluniverso.com</a> Fuente de Internet	<1 %
150	<a href="http://www.entrepreneur.com">www.entrepreneur.com</a> Fuente de Internet	<1 %
151	<a href="http://www.icbf.gov.co">www.icbf.gov.co</a> Fuente de Internet	<1 %
152	<a href="http://www.polemos.com.ar">www.polemos.com.ar</a> Fuente de Internet	<1 %
153	<a href="http://www.tercersector.cat">www.tercersector.cat</a> Fuente de Internet	<1 %
154	<a href="http://www.umojafrica.com">www.umojafrica.com</a> Fuente de Internet	<1 %
155	<a href="http://xplora.ajusco.upn.mx:8080">xplora.ajusco.upn.mx:8080</a> Fuente de Internet	<1 %
156	Esteban Sánchez Moreno. "Sociología y enfermedad mental: reflexiones en tomo a un desencuentro", Revista Internacional de Sociología, 2018 Publicación	<1 %
157	<a href="http://rpp.pe">rpp.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
158	Vesna Svab. "Chapter 3 Stigma and Mental	

Publicación

<1%

Apagado

*Carly*