

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“ESTIGMA HACIA PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN
PROFESIONALES DE SALUD EN HOSPITALES MINSA DE LA
PROVINCIA DEL SANTA, 2020.”**

PRESENTADO POR:

Bach. CHAVEZ ALVA Lyz Yhulissa

Bach. RODRÍGUEZ HUAMOLLE Cristhian André

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

NUEVO CHIMBOTE, PERÚ

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



HOJA DE AVAL DEL JURADO EVALUADOR

El presente trabajo de tesis titulado “ESTIGMA HACIA PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN PROFESIONES DE SALUD EN HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020”, para obtener el título profesional de Médico Cirujano, presentado por los Bachilleres CHAVEZ ALVA LYZ YHULISSA y RODRÍGUEZ HUAMOLLE CRISTHIAN ANDRÉ que tienen como asesor al Méd. Esp. Taboada Quezada Anthony y como coasesor a la Med, Esp. Enriquez Perez Verónica designados por resolución decanal N° 031-2020-UNS-FC. Ha sido revisado y aprobado el día 16 de Mayo del 2020.

Nombre: Washington Alfonso Trujillo
Ulloa

PRESIDENTE JURADO

Nombre: Anthony Taboada Quezada

ASESOR

Nombre: Verónica Enriquez Pérez

COASESORA

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote en la Universidad Nacional de Santa, mediante vía virtual a través de la plataforma zoom., siendo las 17:00 horas del día 16/05/20, dando cumplimiento a la Resolución N° _____, se reunió el Jurado Evaluador presidido por Washington Alfonso Trujillo Ulloa teniendo como miembros a Anthony Taboada Quezada (Secretario) (a) y Lorenzo Pérez Luján (integrante) para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Médico cirujano, realizado por (el), (la) (los) tesisistas Lyz Yhulissa Chavez Alva y Cristhian André Rodríguez Huamolle quien (es) expuso (ieron) la tesis intitulada **“ESTIGMA HACIA PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN PROFESIONALES DE SALUD EN HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA”**.

Terminada la sustentación (el), (la), (los) tesisista (as) respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes declara la sustentación como APROBADO, asignándole un calificativo de 18 (dieciocho) puntos según artículo 103° del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Santa vigente (Resolución N° 492 – 2017 – CU – R – UNS)

Siendo las 19:00 horas del mismo días se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del jurado en señal de conformidad.



Nombre: Washington Alfonso Trujillo Ulloa
PRESIDENTE



Nombre: Anthony Taboada Quezada
SECRETARIO



Nombre: Lorenzo Pérez Luján
INTEGRANTE



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: Emily Meza Liñan
Título del ejercicio: TESIS
Título de la entrega: TESIS:CRISTHIAN RODRIGUEZ - L...
Nombre del archivo: TESIS-CRISTHIAN_RODRIGUEZ-L...
Tamaño del archivo: 1.05M
Total páginas: 74
Total de palabras: 13,658
Total de caracteres: 71,847
Fecha de entrega: 17-may-2020 02:54p.m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 1325823315



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Revisado y V° B° de:

Med. Esp. TABOADA QUEZADA Anthony

ASESOR

Med. Esp. ENRÍQUEZ PÉREZ Verónica

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Revisado y V° B° por:

Dr. TRUJILLO ULLOA Washington

PRESIDENTE

Med. Esp. TABOADA QUEZADA

Anthony

SECRETARIO

Dr. PÉREZ LUJÁN Lorenzo

INTEGRANTE

DEDICATORIA

A mis padres, por haberme apoyado a lo largo de mi carrera profesional y darme la mejor herencia que es la educación.

A Cristhian, por ser mi soporte emocional desde el momento en que lo conocí y ayudarme a sobrevivir la etapa universitaria.

A Diana A., por ser mi consejera durante las etapas más difíciles y motivarme a seguir mejorando.

A mis asesores, por haberme guiado durante la elaboración de este trabajo de investigación.

A los pacientes con enfermedades mentales, que se merecen un trato digno y que no deben tener miedo a reclamar sus derechos.

A mis hermanos, por haber hecho que me esfuerece más para poder ser un ejemplo para ellos.

Yhulissa

A mis queridos padres, Miguel y Lola, por brindarme apoyo incondicional y sus consejos, para hacer de mí una mejor persona y convertirme en un profesional.

A Yhulissa, por ser alguien muy importante en mi vida y por demostrarme que en todo momento cuento con ella.

A mis maestros, por el tiempo y esfuerzo que dedicaron en compartir sus conocimientos, encaminándome por el camino correcto.

A mis hermanos, Lili y Luis, quienes han sido mi fuente de motivación e inspiración para ser mejor cada día.

Cristhian

AGRADECIMIENTO

A nuestra querida Universidad Nacional del Santa, por habernos formado de manera integral, tanto en la parte académica como humana, para lograr nuestras metas como profesionales de la salud.

A nuestros asesores: Med. Esp. Verónica Enríquez Pérez y Med. Esp. Anthony Taboada Quezada; por guiarnos, orientarnos y brindarnos sus conocimientos durante el inicio y desarrollo del presente trabajo de investigación.

A los Hospitales La Caleta y Eleazar Guzmán Barrón, por otorgarnos el permiso para acceder a sus instalaciones y realizar la recolección de datos.

A todos los profesionales de salud que aceptaron participar en el presente trabajo, por brindarnos su valioso tiempo dentro de su atareada agenda laboral.

Los Autores

ÍNDICE GENERAL

I.	INTRODUCCIÓN	16
I.1.	FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	21
I.2.	JUSTIFICACIÓN	21
II.	MARCO TEÓRICO	23
II.1.	SALUD MENTAL	23
II.2.	TRASTORNOS MENTALES	23
II.3.	SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ	24
II.4.	HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA EN EL PERÚ Y EL MUNDO	26
II.5.	ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL	30
III.	MATERIALES Y MÉTODOS	38
III.1.	MÉTODO DE ESTUDIO	38
III.2.	DISEÑO DE ESTUDIO:	39
III.3.	POBLACIÓN	39
III.4.	DISEÑO MUESTRAL	41
III.5.	ASPECTOS ÉTICOS	42
III.6.	DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	42
III.7.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
III.8.	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	48
III.9.	PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	48
III.10.	TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	49
IV.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	50
IV.1.	RESULTADOS	50
IV.2.	DISCUSIÓN	57
V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
V.1.	CONCLUSIONES	61
V.2.	RECOMENDACIONES	62
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y VIRTUALES	63
VII.	ANEXOS	68

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Características sociodemográficas de los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa, 2020.	46
TABLA 2. Estigma hacia las personas con problemas mentales en los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa, 2020.	47
TABLA 3. Elementos del estigma hacia las personas con problemas mentales en los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa, 2020.	47
TABLA 4. Dimensiones del prejuicio hacia las personas con problemas mentales en los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa, 2020.	48
TABLA 5. Comparación del estigma hacia las personas con problemas mentales en los profesionales de salud del servicio de emergencia entre los hospitales MINSA de la provincia del Santa, 2020.	48
TABLA 6. Comparación de las actitudes estigmatizantes hacia las personas con problemas mentales en los profesionales de salud del servicio de emergencia entre los hospitales MINSA de la provincia del Santa, 2020.	49
TABLA 7. Comparación del conocimiento relacionado con el estigma hacia las personas con problemas mentales en los profesionales de salud del servicio de emergencia entre los hospitales MINSA de la provincia del Santa, 2020.	49

TABLA 8. Comparación del prejuicio hacia las personas con problemas mentales en los profesionales de salud del servicio de emergencia entre los hospitales MINSA de la provincia del Santa, 2020.	50
TABLA 9. Comparación del autoritarismo hacia las personas con problemas mentales en los profesionales de salud del servicio de emergencia entre los hospitales MINSA de la provincia del Santa, 2020.	50
TABLA 10. Comparación de la benevolencia hacia las personas con problemas mentales en los profesionales de salud del servicio de emergencia entre los hospitales MINSA de la provincia del Santa, 2020.	51
TABLA 11. Comparación de la restricción social hacia las personas con problemas mentales en los profesionales de salud del servicio de emergencia entre los hospitales MINSA de la provincia del Santa, 2020.	51
TABLA 12. Comparación de la ideología comunitaria de salud mental hacia las personas con problemas mentales en los profesionales de salud del servicio de emergencia entre los hospitales MINSA de la provincia del Santa, 2020.	52
TABLA 13. Relación entre el estigma y el antecedentes de interacción con personas con problemas mentales en los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa, 2020.	52

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	63
ANEXO 2. ESCALA RIBS	64
ANEXO 3. ESCALA MAKS	66
ANEXO 4. ESCALA CAMI	68
ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO	72

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se propuso determinar el nivel del estigma hacia personas con problemas mentales en profesionales de salud del servicio de emergencia de los Hospitales MINSA de la provincia del Santa, durante el primer trimestre del año 2020. La investigación fue de nivel descriptivo, comparativo y relacional; la muestra estuvo constituida por 94 profesionales de salud del servicio de emergencia; la recolección de datos se realizó mediante las escalas: RIBS, MAKS y CAMI. Los datos fueron procesados en el Software estadístico SPSS versión 23.0, donde se calculó la frecuencia absoluta y relativa; además se hizo uso de la correlación de Spearman. Se concluyó que los profesionales de salud poseen un nivel de estigma medio hacia las personas con problemas mentales, la mayoría de los encuestados presentó una disposición media para interactuar con personas con problemas mentales, la mayoría posee un alto nivel de conocimiento relacionado al estigma y un nivel medio de prejuicio; no se encontraron diferencias con respecto a los niveles de estigma entre los nosocomios estudiados; y no existe una relación significativa (ρ : 0.106, p : 0.311) entre el antecedente de interacción con personas que padecen problemas mentales y el estigma por parte de los profesionales de salud.

Palabras clave: estigma, salud mental, profesionales de la salud

ABSTRACT

This research work set out to determine the level of stigma towards people with mental problems in health professionals from the emergency service of MINSA Hospitals in the province of Santa, during the first quarter of 2020. The research was descriptive, comparative and relational; The sample consisted of 94 health professionals from the emergency service; data collection was performed using the scales: RIBS, MAKS and CAMI. The data was processed in the SPSS statistical software version 23.0, where the absolute and relative frequency was calculated; In addition, Spearman's correlation was used. It was concluded that health professionals have a medium level of stigma towards people with mental problems, most of the respondents presented a medium disposition to interact with people with mental problems, the majority have a high level of knowledge related to stigma and a medium level of prejudice; no differences were found between stigma levels among the studied hospitals; and there is no significant relationship (ρ : 0.106, p : 0.311) between the history of interaction with people who suffer from mental problems and stigma by health professionals.

Key words: stigma, mental health, health professionals

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos neuropsiquiátricos conforman el grupo más importante con carga de enfermedad y años de vida perdidos generando que los problemas de salud mental sean prioridad nacional (Ministerio de Salud, 2018).

La condición de vida de los pacientes con problemas de salud mental es influenciada por la estigmatización y exclusión, así como por el hecho de vivir con un sistema peruano de salud insuficiente. El estigma que se ha evidenciado no es solo social, sino también estructural a nivel de los servicios de salud ya que no se basan en la recuperación de las personas con problemas de salud mental; sino que asumen roles pasivos, generando que los pacientes psiquiátricos se autoexcluyan o rechacen atención psiquiátrica (Ministerio de Salud, 2018).

El estigma conlleva a que los pacientes psiquiátricos tengan una disminución de las probabilidades de su mejora a corto y largo plazo, asociado a disminución de su calidad de vida y una alteración de su entorno familiar (Pedersen, 2009).

Parte de este estigma estructural fue evidenciado por los autores del presente informe de tesis; que como parte de sus prácticas preprofesionales curriculares tuvieron experiencias con pacientes que padecían problemas de salud mental en el servicio de emergencia en el nosocomio de su localidad, pudiendo evidenciar que no son tratados de la forma más idónea por el personal que labora en dicho servicio, generando más estrés y mayor sensación de vergüenza tanto en el paciente como en los familiares o amigos que lo acompañan.

Es debido a esto que el estado peruano ha planteado diversas leyes que favorecen el bienestar de la salud mental tanto de la población en general como de las personas con problemas de salud mental, por ejemplo la Ley Nacional N°26842 y N° 29889.

1.1. 1.1. ANTECEDENTES

1.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En España, Vega, Garcés, Saavedra, & Acosta (2019) en su estudio Estigma entre futuros profesionales sanitarios hacia pacientes con trastorno mental., determinaron como cambiaba el nivel de estigma entre futuros profesionales sanitarios luego de haber recibido prácticas con respecto al área de psiquiatría, usando la escala CAMI para poder medir el estigma. Encontraron que el nivel de estigma disminuye luego de haber realizado las prácticas. No se logró asociar estos cambios al sexo o el hecho de conocer a personas con problemas mentales.

En Líbano, Abi, y otros, (2019) en su estudio Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: results from a national lebanese study.; encontró una puntuación más alta de estigma público hacia la enfermedad mental en el 67.8% de los participantes. El puntaje más alto de conocimiento sobre la enfermedad mental fue del 61.9% y el 66.6% tuvo comportamientos más favorables. Tomando la escala CAMI como la variable dependiente, concluyeron que un mayor conocimiento de la enfermedad mental y tener un alto nivel de educación se asociaron con actitudes menos estigmatizantes. Tomando la escala RIBS como variable dependiente, concluyeron que conocer personas cercanas con enfermedad mental, actitudes menos estigmatizantes y mayor conocimiento de enfermedades mentales se asocian con comportamientos favorables más altos, mientras que conocer a una persona no cercana que tiene una enfermedad mental se asoció con comportamientos favorables más bajos.

En España, Gil, Winter, León, & Navarrete, (2016) en su trabajo *El estigma hacia las personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general.*; describieron que la mayoría de profesionales de la salud refirieron que asociaban la definición de enfermedad mental bien a esquizofrenia o depresión. El 43% afirmó que los pacientes psiquiátricos son más agresivos en comparación de otros pacientes y el resto de la comunidad. El 71% expresó incomodidad al relacionarse con pacientes psiquiátricos, explicando que esto se debía a que los percibían como más agresivos que el resto de la sociedad. El 63% manifestó que estos pacientes deberían ser tratados como cualquier otro.

En España, Sanchez (2016) en su estudio titulado *Estigma en los profesionales de la salud mental.*, determinó que el estigma puede influir en la manera que los profesionales traten al paciente psiquiátrico, en su evolución y recuperación.

En España, Ruiz (2015) en su estudio *Evaluación de los conocimientos, actitudes, opiniones y creencias que tienen los adolescentes sobre la enfermedad mental* logró determinar que gran parte de los adolescentes no conoce la etiología de las patologías psiquiátricas., llegando a culpar a los mismos pacientes de ser los causantes. Se evidenció que tener interacción con pacientes psiquiátricos disminuye las creencias y actitudes estigmatizantes.

En México, Mora-Ríos & Bautista (2014) en su estudio *Estigma estructural, género e interseccionalidad: Implicancias en la atención de la salud mental.*, lograron determinar que más de la mitad de los entrevistados reconoció que la comunidad muestra estigma y discriminación a las personas con problemas mentales. Se logró reconocer como fuentes de estigma a la propia familia y a los profesionales sanitarios.

1.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En Arequipa, Morales (2019) en su trabajo de investigación Conocimiento, actitudes, opiniones y creencias sobre la enfermedad mental en adolescentes del tercer y quinto año de secundaria de la I.E. Jorge Basadre Grohmann, Arequipa, 2019.; refiere que el nivel de percepción determinado fue mayormente entre intermedias o bajas, y que estas mejoran conforme el alumno llega sus últimos años de estudio.

En Lima, D`Uniam (2017) en su estudio Estigma y actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales del Centro Materno Infantil Rímac, Lima 2016., determinó que existía relación entre el estigma y las actitudes estigmatizantes.

El Instituto Nacional de Salud Mental (2013) presentó el Estudio Epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012., donde se encontró que aproximadamente la mitad de los pacientes psiquiátricos no buscaba ayuda profesional debido a que creían que ellos debían solucionarlo por su cuenta y un bajo porcentaje, refirió que esto se debía a sus antecedentes de mala atención. Casi la mitad de las personas encuestadas afirmó que aceptan a los pacientes psiquiátricos y que se encuentran dispuestos a brindarles ayuda. Cerca de la tercera parte de los familiares de pacientes psiquiátricos refirió que aceptaba su enfermedad.

1.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES Y LOCALES

No se encontraron antecedentes regionales ni locales relacionados con el tema de investigación.

1.2. **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel de estigma hacia personas con problemas mentales por parte de los profesionales de salud de los Servicios de Emergencia de los Hospitales MINSA de la provincia del Santa, en el primer trimestre del 2020?

1.3. **OBJETIVOS**

- **OBJETIVO PRINCIPAL:**

- Determinar el nivel del estigma hacia personas con problemas mentales en profesionales de salud del servicio de emergencia de los Hospitales MINSA de la provincia del Santa, durante el primer trimestre del año 2020.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Comparar el nivel de estigma hacia personas con problemas mentales en profesionales de salud entre los servicios de emergencia de los Hospitales La Caleta y Eleazar Guzmán Barrón, durante el primer trimestre del año 2020.
- Identificar la relación entre el estigma y el antecedente de interacción con personas con problemas mentales en profesionales de salud del servicio de emergencia de los Hospitales MINSA de la provincia del Santa, durante el primer trimestre del año 2020.

I.1. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

- **H0:** El 50% o más de los profesionales de salud del servicio de emergencia de los Hospitales MINSA de la provincia del Santa presentan un nivel medio de estigma hacia personas con problemas mentales durante el primer trimestre del año 2020.
- **H1:** Menos del 50% de los profesionales de salud del servicio de emergencia de los Hospitales MINSA de la provincia del Santa presentan un nivel medio de estigma hacia personas con problemas mentales durante el primer trimestre del año 2020.

I.2. JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de investigación se respalda en el ámbito científico teórico debido a que a nivel local no se han encontrado estudios similares al que se plantea realizar, lo cual cimentará una base para el desarrollo de la desestigmatización hacia los pacientes psiquiátricos. A su vez, este trabajo tendrá importancia a nivel de la oferta de la salud dado que parte de los profesionales de salud que participarán en el trabajo de investigación podrán analizar el trato que se le está brindando al paciente con problemas de salud mental y así tratar de mejorar el servicio que ofertan.

En cuanto a los pacientes con problemas de salud mental, el presente trabajo se justifica porque al valorar el estigma se podrán generar estrategias que puedan ayudar a erradicarlo y así permitir que el paciente pueda tener un mejor acceso a los servicios de salud sin el miedo a ser discriminado por su condición de salud y por ende tener una mayor probabilidad de diagnóstico, recuperación y reinserción social.

Así mismo, este proyecto de investigación pretende medir el nivel de estigma estructural, con el fin de contribuir con los objetivos del Plan Nacional de

Fortalecimiento de Servicio Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021 y que esto incentive a las autoridades en salud a ampliar el estudio a nivel regional y nacional con el fin de tener datos epidemiológicos que puedan dar un mejor alcance de la realidad nacional en cuanto a estigma hacia personas con problemas de salud mental.

II. MARCO TEÓRICO

II.1. SALUD MENTAL

La salud mental se define como el estado de bienestar en el que el individuo logra materializar sus aptitudes y es capaz de sobrellevar el estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de aportar al crecimiento de su sociedad. Así mismo, es una parte fundamental de la salud y el bienestar. (World Health Organization, 2013).

La salud mental puede tornarse alterada por un conjunto de determinantes que tienen que tratarse mediante estrategias integrales del primer, segundo y tercer nivel de atención. (World Health Organization, 2013).

II.2. TRASTORNOS MENTALES

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) define un trastorno mental como un síndrome caracterizado por una alteración del estado cognitivo, emocional o el comportamiento de la persona, que refleja una alteración de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que están asociados a su función mental. Frecuentemente los trastornos mentales se encuentran asociados a un estrés significativo o una discapacidad.

El diagnóstico debe ser práctico para que el médico pueda determinar el pronóstico, tratamiento y resultados de éste; pero esto no implica siempre que sea necesario dar un tratamiento ya que esto se decide a partir de la gravedad de los síntomas y sus implicaciones en la vida diaria del paciente. La Asociación Americana de Psiquiatría ha creado una clasificación con criterios

diagnósticos para lograr agrupar a los trastornos mentales y ser de ayuda en el diagnóstico. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

II.3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ

En nuestro país, las enfermedades neuropsiquiátricas representan el 17,5% de la carga de enfermedad, ocupando el primer lugar y causando la pérdida de 1 010 594 años de vida saludables (AVISAS), es decir, 33,5 años perdidos por cada mil habitantes (MINSA, 2018).

La cantidad de AVISAS perdidos por discapacidad (894 376) es superior que aquella perdida por mortalidad prematura. Aproximadamente en el Perú existen 295 mil individuos con limitaciones permanentes para vincularse con el resto de individuos por alteraciones en sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas. De las cuales, el 67,8% (200 mil personas) presenta incapacidad moderada y severa (INEI, 2013)

La patología psiquiátrica que genera una mayor carga de enfermedad es la depresión unipolar, causando la pérdida de 224 535 AVISAS, determinando 7,5 años perdidos por cada mil habitantes, principalmente en el elemento de incapacidad. El alcoholismo es un problema en las personas entre 15 a 44 años, seguido por la demencia, esquizofrenia, violencia y drogadicción. (MINSA, 2018).

A pesar de la situación actual, las medidas de afronte del sistema de salud de Perú son todavía ineficientes: una de cada cinco personas con trastornos mentales, consigue algún tipo de atención. (Saavedra, 2015). Esta amplia brecha en la oferta de servicios de salud mental se puede explicar por las

características de centralización e inequidad, alejada de los contextos frecuentes y focalizada en la sintomatología más que en la recuperación y reinserción de los usuarios. Además, los pacientes psiquiátricos poseen tasas altas de discapacidad y tienen una probabilidad de muerte prematura entre un 40% a 60% mayor al resto de la comunidad. (OMS, 2013)

Debido a esta problemática, se planteó la reforma de la Atención de Salud Mental mediante el reforzamiento del primer y segundo nivel de atención; promulgándose la Ley N° 29889 (2012) que asegura los derechos de las personas con problemas mentales, al determinar que toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin ser discriminado; asegurando la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental, a nivel nacional; y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de los tres niveles de atención.

A través del Reglamento que se aprobó el 6 de octubre del 2015 por Decreto Supremo N°033-2006-SA se señala la producción de nuevas unidades prestadoras de servicios: Centros de Salud Mental Comunitarios, Unidades de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones en Establecimientos de Salud desde el nivel II-2, Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral y Hogares y Residencias protegidas; para formar redes de atención de salud mental comunitaria. Consecuentemente, la Dirección de Salud Mental de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud, presentó el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021, en el que planteó objetivos y actividades

requeridas para poder realizar el mandato legal y ético respectivo, a instalarse en todas las regiones del país. (MINSA, 2018)

II.4. HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA EN EL PERÚ Y EL MUNDO

En los inicios del siglo XVIII, se concebía al “loco” como alguien irracional con quien no era posible comunicarse, y por tanto debía bajar del rango humano a animal; por lo que los insanos vivían en medio de la inmundicia y celdas. (Stucchi-Portocarrero, S., 2015) Se les encerraba sin ropas, con cadenas en calabozos oscuros y prácticamente sin contacto del mundo externo; y esto se asoció al maltrato físico con látigos y castigos corporales, además del uso de camisas de fuerza. El tratamiento que se brindaba, era a través de vómitos, flagelaciones, aplicación de sustancias irritativas en la piel, baños con agua fría. (Rodríguez, 2004)

Esto cambió a finales del mismo siglo, donde se implanta el tratamiento moral, intentando rescatar la racionalidad perdida restableciendo el diálogo con el sujeto. Con esta nueva propuesta se impuso un reforzamiento de la autoridad médica, a través de diálogo de carácter pedagógico y de forma jerárquica; y al intentar buscar un ambiente adecuado para lograr esto, se decidió hacer uso de los manicomios, los que tenían la función de albergar a los insanos como fin terapéutico. (Stucchi-Portocarrero, S., 2015)

Este modo de tratamiento llegó a Perú con medio siglo de retraso y fue incorporado al Hospital Civil de la Misericordia, que posteriormente sería conocido como el Hospicio de Insanos o Manicomio del Cercado. Pero esto fue acompañado de dificultades como, la limitación del área geográfica

destinada al manicomio o que los insanos debían ser clasificados tanto por sexo como por patología para poder ser tratados; llegando a ser criticado por su propio médico jefe y calificando la situación como repugnante. Al ser el único manicomio de Perú, este centro fue congestionado y sin poder cumplir el objetivo del tratamiento moral. (Stucchi-Portocarrero, S., 2015)

Todo esto sucedía mientras la sociedad se mostraba temerosa del enfermo mental; y en la segunda mitad del siglo XIX, la policía inició con una “cacería de locos” llevando al internamiento tanto a orates callejeros como a aquellos que alteraban el orden público, incluido a los alcohólicos. Esta situación se vivía no solo a nivel nacional, sino también en Europa, generando una desazón de la realidad que se vivía con respecto a los insanos; por lo que a mediados del siglo XIX se empezó a dar prioridad al estudio de la etiología y no al tratamiento de la enfermedad. (Stucchi-Portocarrero, S., 2015)

Al vivir esta situación en Perú, se decide en 1896 realizar un concurso para la construcción de un nuevo manicomio, dando como resultado la inauguración del Asilo Colonia de la Magdalena en 1918 con la visión del buen trato enfocado en no causarles injuria ni maltrato como el uso de medios de contención. Esto se vio afectado por el trato que las Hermanas de Caridad le daba a los insanos, basado en sus ideas retrógradas y la improvisación de calabozos donde encerraban a los agitados. Este nuevo establecimiento sirvió como cuna de la formación de los primeros psiquiatras y un centro de investigación en dicha especialidad. En 1930 fue denominado como Hospital Víctor Larco Herrera, comenzando de forma formal la psiquiatría en Perú. (Stucchi-Portocarrero, S., 2015)

El estigma estuvo presente en la implementación de los manicomios, debido a que el hecho de ser catalogado como “loco” le daba una etiqueta de anormalidad a dicho individuo; esto generó que la sociedad empezara con el miedo y la marginación hacia el insano. (Sampayo, 2005)

En el año 1950 aparecieron los antipsicóticos y se empezó su distribución, logrando ayudar a descongestionar los hospitales psiquiátricos. (Stucchi-Portocarrero, S., 2015)

En Europa, a mediados de los 60s surge el movimiento antipsiquiátrico que promueve el desuso de los manicomios, generando su destrucción sistemática y transfiriendo un mayor poder al enfermo. Esta nueva corriente cuestiona a la familia como el agente responsable de la alteración mental del individuo, trata de negar la existencia de la enfermedad mental y cuestiona el efecto beneficioso de los medicamentos. (Sampayo, 2005)

Se hizo una reforma psiquiátrica que consistía en el cierre de los manicomios, creación de redes tanto para atención como para prevención de la salud mental por medio de servicios comunitarios, participación multidisciplinaria de profesionales y la modificación de criterios psiquiátricos tradicionales. Para poder alcanzar estas metas era importante que tanto el paciente como su familia y la propia comunidad participaran de todo este proceso; fue así que para empezar a hablar sobre salud mental se tuvo que incluir al paciente y a la comunidad, originando el concepto integral de hombre: ser biológico, psicológico, social y cultural que debía ser abordado por diferentes disciplinas. (Sampayo, 2005)

Se logra así la desmanicomialización que trata de insertar nuevamente a los pacientes tratados en la sociedad y de erradicar la creencia de que aislando a los pacientes con enfermedades mentales era la única forma de tratarlos. Se genera una descentralización de la atención psiquiátrica y se inicia un cambio de la percepción social con respecto a la locura, intentando dejar de lado el prejuicio y la exclusión, y luchando contra el estigma social. (Sampayo, 2005) Esto también se ha puesto en práctica en Perú y se ve reflejada en la creación de centros de salud mental comunitarios.

El Ministerio de Salud (2017) en su Norma Técnica de Salud: Centros de Salud Mental Comunitarios define a los centros de salud mentales comunitarios como:

Un establecimiento de salud categoría I-3 o I-4 especializados o su correspondiente, que cuentan con psiquiatra y servicios especializados para niños/as y adolescentes, adultos y adultos mayores, así como en servicios especializados en adicciones y participación social y comunitaria. Realizan actividades para la atención ambulatoria especializada de usuarios con trastornos mentales y/o problemas psicosociales, el fortalecimiento técnico de los establecimientos del primer nivel de atención y la activación de la red social y comunitaria de su jurisdicción. (p.13)

El modelo de atención comunitario de salud mental se centra en la comunidad, que fomenta la promoción y protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada territorio, con la participación protagónica de la propia comunidad. (Ministerio de salud, 2017, p. 12).

Todo esto contribuye al proceso de lucha contra el estigma social, como ya se había mencionado en párrafos anteriores.

II.5. ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL

II.5.1. DEFINICIÓN

El estigma asociado a la enfermedad mental se define como un conjunto de fenómenos que conlleva a las personas que sufren de enfermedades mentales a ser reconocidas públicamente como tales y ser excluidos de la sociedad generando privación de recursos y oportunidades (Gaitán, 2018).

El estigma es el resultado de un proceso dinámico del vínculo social entre las personas: estigmatizador y etigmatizado (Pedersen, 2009).

Contiene tres elementos: ignorancia (medible a través del conocimiento), prejuicio (medible a través de la actitud) y discriminación (medible a través de la conducta) (Gaitán, 2018).

El estigma se manifiesta de diversas formas: negación, silencio, rechazo abierto (Alarcón, 2017).

Mientras más síntomas perturbadores e incapacitantes generen la enfermedad mental, más se evidenciará el estigma (Campos-Arias, Oviedo y Herazo, 2014).

II.5.2. TIPOS DE ESTIGMA

- ESTIGMA EN PERSONAS QUE PADECEN UNA ENFERMEDAD MENTAL

- ESTIGMA EXTERNO

Constituye todo prejuicio que proviene de la sociedad y se dirige contra las personas con una enfermedad mental (Gaitán, 2018).

- ESTEREOTIPOS FRECUENTES

- El no reconocimiento de los trastornos mentales como enfermedades (Campos-Arias, Oviedo y Herazo, 2014).
 - Son percibidos agresivos y peligrosos (Gaitán, 2018).
 - Se les considera débiles de carácter (Gaitán, 2018).
 - Percepción de discapacidad cognitiva (Campos-Arias, Oviedo y Herazo, 2014).
 - Percepción de discapacidad laboral (Campos-Arias, Oviedo y Herazo, 2014).
 - Percepción de que deberían ser reclusos en entidades penitenciarias (Campos-Arias, Oviedo y Herazo, 2014).
 - Se considera que han recibido un castigo divino (Campos-Arias, Oviedo y Herazo, 2014).
 - Son considerados impredecibles (Gaitán, 2018).
 - Se considera que no comprenden la información médica (Gaitán, 2018).

- Cree que poseen mala adherencia al tratamiento (Gaitán, 2018).

- Creen que no se esfuerzan (Gaitán, 2018).

- **AUTOESTIGMA**

Es el resultado de la percepción que forma el individuo a partir de la forma en cómo la gente se manifiesta de la enfermedad y del paciente (Alarcón, 2017).

El estigma internalizado se relaciona de forma directamente proporcional con los síntomas del paciente (Campos-Arias, Oviedo y Herazo, 2014).

El autoestigma está relacionado con mayores tasas de suicidio en comparación de aquellos con enfermedad mental sin autoestigma. Así mismo, se ha visto relacionado a problemas de depresión y baja autoestima (Gaitán, 2018).

- **ESTIGMA FAMILIAR**

Tipología de estigma en la que la familia es la fuente de los prejuicios y acciones discriminatorias hacia las personas con problemas de salud mental (Mora-Ríos y Bautista, 2014).

- **LA FAMILIA Y EL ESTIGMA POR ASOCIACIÓN**

Sufren estigma por asociación, generándose la creencia de que la sociedad los desvaloriza y los desestima como al paciente (Gaitán, 2018).

La familia se ve afectada por dos tipologías de estigma: externo y autoestigma (Gaitán, 2018).

Esto genera que la familia manifieste sentimientos de negación, miedo, frustración, sufrimiento que los conllevan a ocultar el padecimiento de los miembros de su familia con alguna enfermedad mental por lo que no buscan ayuda médica impidiendo un diagnóstico y tratamiento oportuno (Gaitán, 2018).

- ESTIGMA INSTITUCIONAL

También llamado estigma estructural, hace referencia al conjunto de normativas y procedimientos de instituciones públicas o privadas que limitan los derechos de las personas con problemas de salud mental (Mora-Ríos y Bautista, 2014).

- ESTIGMA ESTRUCTURAL Y EL SISTEMA DE SALUD

El estigma estructural está presente en el sistema de salud de forma que no se centra en la recuperación del paciente con personas con problemas de salud mental sino solo en su diagnóstico. Además de esto, se evidencia falta de actualización de las autoridades y equipos asistenciales de salud, desconocimiento de su deber de garantizar la atención de salud mental (Ministerio de Salud, 2018).

El aislamiento del paciente por parte del profesional de salud en cualquier unidad de servicio de los hospitales, genera una disminución de la calidad del nivel de atención ofrecida por el establecimiento de salud, así como generar una brecha con la comunidad por desconfianza que se genera (Alarcón, 2017)

Los estereotipos frívolos se mantienen vigentes y a pesar del tiempo no se erradican ni de la sociedad ni de los profesionales de la salud y sus colaboradores (Gaitán, 2018).

- ESTIGMA ESTRUCTURAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Los medios de comunicación refuerzan la imagen de que las personas que cometen delitos son aquellas que poseen trastornos mentales, generando un estereotipo negativo y discriminación (Campos-Arias, Oviedo y Herazo, 2014).

Debido a que los medios de comunicación refuerzan los estereotipos relacionados a la salud mental, el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021 ha propuesto sensibilizar y capacitar a los comunicadores sociales para promover actitudes positivas con lenguaje inclusivo con respecto a personas con problemas de salud mental (Ministerio de Salud, 2018).

II.5.3. MECANISMOS DE ESTIGMATIZACIÓN

- DIRECTOS

A partir del accionar de personas externas como la sociedad, familia, medios de comunicación, profesionales de salud, compañeros de trabajo, compañeros de colegio (Gaitán, 2018).

- **INDIRECTOS**

Son difíciles de detectar, un ejemplo de ello es el poco uso de recursos sanitarios en enfermedades mentales (Gaitán, 2018).

II.5.4. FUENTES DE ESTIGMA:

- Medios de comunicación (Campos-Arias, Oviedo y Herazo, 2014).
- Empleadores (Campos-Arias, Oviedo y Erazo, 2014).
- Parientes (Campos-Arias, Oviedo y Herazo, 2014).
- Trabajadores de salud (Campos-Arias, Oviedo y Herazo, 2014).
- Otros profesionales (Alarcón, 2017).
- Redes sociales (Gaitán, 2018).

II.5.5. FACTORES ASOCIADOS AL ESTIGMA

- Edad: Es mayor en adultos jóvenes y adolescentes (Alarcón, 2017).
- Género: es mayor en el sexo masculino (Alarcón, 2017).
- Ocupación: es mayor en los no profesionales (Alarcón, 2017).
- Tamaño de la población: mientras mayor sea el tamaño de la comunidad mayor será el estigma que se evidencie (Pedersen, 2009).
- Nivel socio-económico: es menor en sociedades tradicionales no industrializadas (Pedersen, 2009).

II.5.6. CONSECUENCIAS NEGATIVAS DEL ESTIGMA

La enfermedad mental, ya de por sí, genera dificultades para quienes la padecen para poder corresponder a las demandas que exige la sociedad; esto

genera que por lo mismo su autonomía se sienta mermada y esto se multiplica si se le agrega el estigma (Gaitán, 2018).

El estigma externo e interno en conjunto generan que el paciente trate de ocultar sus síntomas, no busque ayuda especializada y no acepte el diagnóstico médico e incluso no cumplen el tratamiento indicado. Esto genera un retraso del diagnóstico y tratamiento de los diversos trastornos mentales, lo cual a su vez genera una carga negativa para los cuidadores, familiares o la comunidad (Campos-Arias, Oviedo y Herazo, 2014).

Así mismo, el estigma aumenta la pérdida de oportunidades que ya compromete la misma enfermedad, como mantener una buena educación, mantener una buena relación social y familiar y tener buenas opciones de empleo (Gaitán, 2018).

Existen estudios que asocian el complejo estigma y la discriminación con suicidios en personas con trastornos mentales (Campo-Arias, y Herazo, 2015)

El impacto negativo del estigma en relación a la carga general de la enfermedad se puede medir mediante los años de vida saludables perdidos, años vividos con discapacidad y años de vida perdidos por muerte prematura (Campos-Arias, Oviedo y Herazo, 2014).

II.5.7. INTERVENCIONES CON EL FIN DE ELIMINAR EL ESTIGMA SOCIAL

Se debe realizar intervenciones que ayuden a reducir las actitudes sociales contra las personas con enfermedad mental (Gaitán, 2018).

- INTERVENCIONES EDUCATIVAS:

Se realizan con el fin de cuestionar los estereotipos contra la enfermedad mental, logrando sustituirlos por datos veraces. Su mérito es que es de amplia propagación, llegando a grandes masas y con bajo costo. Los vehículos de difusión son: folletos, radio y televisión, internet, documentales, cine, libros, etc. (Gaitán, 2018).

Las intervenciones educativas buscan combatir no solo los estereotipos sociales, sino también el autoestigma, para lo cual usan modelos cognitivo-conductuales (Gaitán, 2018).

- INTERVENCIONES ENFOCADAS EN EL CONTACTO INTERPERSONAL

Se basan en la interacción entre la gente afecta y no de una enfermedad mental con el fin de que esta cercanía reduzca la intensidad del prejuicio. El contacto de estos grupos de personas puede ser directo o indirecto. Se intenta buscar actividades que ambos grupos compartan o incluir personas exitosas con enfermedades mentales (Gaitán, 2018).

- INTERVENCIONES ENFOCADAS EN LA PROTESTA Y EL ACTIVISMO SOCIAL

Intentan luchar contra el estigma influyendo sobre la opinión pública o gente con capacidad de rectificar estereotipos negativos y cambiar leyes en beneficio de las personas con enfermedad mental (Gaitán, 2018).

III. MATERIALES Y MÉTODOS

III.1. MÉTODO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación de nivel descriptivo, comparativo y relacional, cuyo diseño de estudio es no experimental de tipo transversal que se aplicó en los Servicios de Emergencia de los Hospitales MINSA de la provincia del Santa: La Caleta y Eleazar Guzmán Barrón durante el primer trimestre del año 2020.

Esto se fundamenta:

- Descriptivo: debido a que se midió el estigma de los profesionales de salud de los Hospitales MINSA de la provincia del Santa, sin modificar sus componentes
- Comparativo: porque se buscó caracterizar el estigma comparando dos poblaciones
- Relacional: debido a que se buscó determinar la dependencia probabilística entre el número de interacciones con personas con problemas mentales y el estigma hacia personas con problemas mentales
- Transversal: debido a que se midió variable en un solo momento, en este caso solo durante el primer trimestre del año 2020.

III.3.2. MARCO MUESTRAL

Registro de profesionales de salud que laboraban en el servicio de emergencia de los Hospitales La Caleta y Eleazar Guzmán Barrón durante el primer trimestre del año 2020.

III.3.3. UNIDAD DE MUESTREO:

La unidad de muestreo coincidió con la unidad de análisis.

III.3.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra fue de 94 profesionales de la salud que cumplieron con los criterios de inclusión.

III.3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser personal médico, enfermera o técnico de enfermería que labore en el servicio de emergencia del hospital La Caleta o Eleazar Guzmán Barrón durante el primer trimestre del año 2020.
- Aceptar responder la encuesta de forma voluntaria y anónima

III.3.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personal de salud que se encuentre de vacaciones durante la aplicación de los instrumentos.
- Personal de salud que se encuentre de licencia médica durante la aplicación de los instrumentos.

III.4. DISEÑO MUESTRAL

La población estuvo constituida por 180 profesionales de la salud de los Hospitales La Caleta y Eleazar Guzmán Barrón que laboran durante el primer trimestre del año 2020.

La muestra estuvo dada por 94 profesionales de la salud de los Hospitales La Caleta y Eleazar Guzmán Barrón que laboran durante el trimestre del año 2020.

El tamaño de la muestra fue calculada con la fórmula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{(N-1)E^2 + Z^2PQ}, \text{ que es utilizada cuando se conoce el tamaño de}$$

la población (población finita).

Donde:

Z : Puntaje Z correspondiente al nivel de confianza considerado (para 95% de confianza Z= 1.96)

N : Número total de la población a estudiar (N=180)

E : Error permitido (E=0.07)

n : tamaño de muestra hallado (n=94)

P : Proporción de unidades que poseen cierto atributo (P=0.50).

Q : $Q=1-P$ (Q=0.50)

Correspondió a un muestreo probabilístico, cuyo marco muestral fue la relación de profesionales de la salud que laboren durante el primer trimestre del año 2020 en los Hospitales La Caleta y Eleazar Guzmán Barrón. La muestra fue distribuida proporcionalmente a cada grupo profesional (médicos, licenciados en enfermería, técnicos en enfermería).

III.5. ASPECTOS ÉTICOS

En el trabajo que se realizó se tuvo como objetivo principal determinar el nivel de estigma hacia personas con problemas mentales en profesionales de salud del servicio de emergencia de los hospitales MINSA de la provincia del Santa, en el primer trimestre del año 2020. Esta situación no afectó su derecho a la confidencialidad, ya que se realizó previo consentimiento informado y de forma anónima.

Así mismo se realizó la aplicación del instrumento sin afectar el horario laboral de los participantes.

III.6. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:

- **VARIABLE:** Nivel del estigma hacia personas con problemas mentales

- **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Ver en anexo N°1)**

III.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta, mediante el uso de escalas tipo Likert, a partir de una fuente de información primaria. Los instrumentos a utilizados fueron:

- **RIBS: Reported and Intended Behavior Scale**

El RIBS evalúa el comportamiento informado y previsto, relacionado con el estigma en cuatro contextos diferentes: familiar, laboral, comunitario y social en relación con alguien con un problema de salud mental (Evans-Lacko et al, 2011).

Los ítems 1-4 evalúan la prevalencia del comportamiento en cada uno de los contextos y solo ayudan a estimar la prevalencia. Los ítems 5-8 evalúan el comportamiento previsto dentro de los mismos contextos, estos ítems son los que se toman en cuenta durante el puntaje final. Éstas dos partes se evalúan para comprender cómo el comportamiento informado puede estar asociado con el comportamiento futuro (Evans-Lacko et al, 2011).

La puntuación se calculará sumando los valores de respuesta para los ítems 5-8. “Totalmente de acuerdo” se puntúa con valor de 5; “algo de acuerdo” se puntúa con valor de 4; “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, con 3 puntos; “algo en desacuerdo”, con 2 puntos y “completamente en

desacuerdo”, se puntúa con un 1 punto. "No sé" se codifica con 3 puntos. La máxima puntuación indica una mayor disposición para interactuar con personas con problemas mentales. (Evans-Lacko et al, 2011; Villanueva, Ferrando, Vilella, Pumarola y Hernán 2015).

- **MAKS: Mental Health Knowledge Schedule**

Evalúa los conocimientos referentes a la salud mental y los trastornos mentales, evaluando 6 áreas: búsqueda de ayuda, reconocimiento, apoyo, empleo, tratamiento y recuperación, y 6 ítems que indagan sobre el conocimiento de las enfermedades mentales (Evans-Lacko et al, 2010).

Se puntuaron en una escala ordinal (1 a 5). Los ítems en los que el encuestado estuvieron totalmente de acuerdo tuvieron un valor de 5 puntos, mientras que 1 punto reflejó una respuesta en la que el encuestado estuvo totalmente en desacuerdo con una declaración correcta. La puntuación total para cada participante se calculó sumando los valores de respuesta de cada ítem. "No sé" se codificó como neutral (es decir, 3) a efectos de determinar una puntuación total. Los ítems 6, 8 y 12 fueron codificados en reversa para reflejar la dirección de la respuesta correcta (Evans-Lacko et al, 2010).

Los ítems 7 a 12 están diseñados para establecer niveles de reconocimiento y familiaridad con diversas condiciones y también para

ayudar a contextualizar las respuestas a otros ítems. Por ejemplo, es importante saber si ampliar la conceptualización de la enfermedad mental influye en las respuestas posteriores de los participantes a las preguntas. La máxima puntuación indica mayor nivel de conocimiento relacionado con el estigma hacia personas con problemas mentales (Evans-Lacko et al, 2010; Villanueva et al 2015).

El MAKS se puede usar junto con instrumentos que evalúen la actitud y comportamiento para lograr comprender cómo la mejora del conocimiento podría generar cambios en las actitudes o el comportamiento. (Evans-Lacko et al, 2010)

- **CAMI: Community Attitudes Toward the Mentally Illness**

Escala que consta de 40 ítems para evaluar las actitudes del estigma externo hacia las enfermedades mentales. Todos los ítems se puntúan mediante la escala de Likert: Totalmente de acuerdo equivale a un punto y Totalmente en desacuerdo equivale a cinco puntos. Los ítems con declaración negativa son codificados a la inversa (Abi Doumit, 2019).

La escala se subdivide en 4 tipo de ítems (Abi Doumit, 2019).:

- Autoritarismo:

Visión de inferioridad de la persona con enfermedad mental, asociado a que ésta requiere supervisión y coerción. (preguntas afirmativas: 1,9,17,25,33, preguntas negativas: 5,13,21,29,37) (Abi Doumit, 2019).

- Benevolencia:

Visión humanista y comprensiva de las personas con enfermedad mental (preguntas afirmativas: 2,10,18,26,34; preguntas negativas: 6,14,22,30,38) (Abi Doumit, 2019).

- Restricción social:

Creencia de que las personas con enfermedad mental son una amenaza para la sociedad. (preguntas afirmativas: 3,11,19,27,35; preguntas negativas: 7,15,23,31,39) (Abi Doumit, 2019).

- Ideología comunitaria de salud mental:

Aceptación e integración de las personas con enfermedades mentales en los servicios de salud mental y en la comunidad. (preguntas afirmativas: 4,12,20,28,36; preguntas negativas: 8,16,24,32,40) (Abi Doumit, 2019).

La puntuación de cada subescala resultará de sumar los ítems en positivo y la inversa de los ítems en negativo (Abi Doumit, 2019).

Las puntuaciones más altas indican menos actitud de estigma contra las personas con enfermedades mentales (Abi Doumit, 2019).

- **INTERPRETACIÓN EL ESTIGMA DE ACUERDO A LAS ESCALAS**

Se calcula el puntaje mínimo y máximo para cada escala, luego de lo cual se divide los puntajes en 3 intervalos proporcionales, logrando diferenciar 3 niveles. Teniendo así los siguientes valores:

- ESCALA RIBS:

- Nivel bajo: 16-20 puntos
- Nivel medio: 10 -15 puntos
- Nivel alto: 4-9 puntos
- ESCALA MAKS:
 - Nivel bajo: 12-27 puntos
 - Nivel medio: 28-43 puntos
 - Nivel alto: 44-60 puntos
- ESCALA CAMI:
 - Puntaje total:
 - Nivel bajo: 148-200 puntos
 - Nivel medio: 94-147 puntos
 - Nivel alto: 40-93 puntos
 - Puntaje por cada dimensión a evaluar:
 - Nivel bajo: 38-50 puntos
 - Nivel medio: 24-37 puntos
 - Nivel alto: 10-23 puntos

Para poder dar una conclusión global en cuanto al estigma, se sumó los puntajes mínimos y máximos de cada escala, y se dividió estos puntajes finales en 3 intervalos proporcionales para poder determinar los niveles de la siguiente manera:

- Nivel bajo: 206-280 puntos
- Nivel medio: 131-205 puntos
- Nivel alto: 56-130 puntos

III.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Se realizó una prueba piloto a 10 profesionales de salud que cumplían con los criterios de inclusión.

Para el instrumento denominado RIBS se midió la confiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo como resultado 0.837 que se interpreta como un nivel de confiabilidad elevada.

Para el instrumento denominado MAKES se midió la confiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo como resultado 0.645 que se interpreta como un nivel de confiabilidad aceptable.

Para el instrumento denominado CAMI se midió la confiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo como resultado 0.571 que se interpreta como un nivel de confiabilidad regular.

Así mismo, Ochoa S. et al (2016) midieron el coeficiente Alfa de Cronbach de la escala CAMI traducida al español, logrando obtener un valor de 0.909.

III.9. PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitó autorización a los directores de los respectivos Hospital La Caleta y Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón para poder aplicar los instrumentos.

- Se solicitó al Jefe de Personal de cada nosocomio, la lista de trabajadores del Servicio de Emergencia.

- Se solicitó al Jefe del Servicio de Emergencia de cada nosocomio autorización para que los encuestadores puedan movilizarse por el servicio durante la recolección de datos
- Se habló con los profesional de salud que laboraban en el Servicio de Emergencia de cada nosocomio para informales sobre el estudio y poder aplicar los instrumentos.

III.10. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

- TÉCNICA DE PROCESAMIENTO

Tanto el procesamiento como el análisis estadístico se realizó en el Software estadístico SPSS versión 23.0.

- A NIVEL DESCRIPTIVO:

Se calculó la frecuencia absoluta y relativa de las características sociodemográficas, estigma, componentes del estigma y dimensiones del prejuicio; presentándose en tablas unidimensionales y bidimensionales

- A NIVEL ANALÍTICO:

Se calculó la correlación de Spearman para determinar la relación entre el antecedente de interacción con personas con problemas mentales y el estigma.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

IV.1. RESULTADOS

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN LOS HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020.

Características sociodemográficas	F	%
Hospital		
Eleazar Guzmán Barrón	45	47.9
La Caleta	49	52.1
Total	94	100,0
Edad		
18 - 29 años	2	2.1
30 - 59 años	73	77.7
60 o más años	19	20.2
Total	94	100,0
Sexo		
Femenino	56	59.6
Masculino	38	40.4
Total	94	100,0
Profesión		
Médico	51	54.3
Lic. en Enfermería	24	25.5
Técnico de Enfermería	19	20.2
Total	94	100,0
Antecedente de interacción		
0	20	21.3
1	20	21.3
2	27	28.7
3	15	16.0
4	12	12.8
Total	94	100,0

Fuente: Encuesta a los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa.

Tabla 2. ESTIGMA HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN LOS HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020.

Nivel de estigma	F	%
Bajo	0	0.0
Medio	94	100.0
Alto	0	0.0
Total	94	100,0

Fuente: Encuesta a los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa.

Tabla 3. ELEMENTOS DEL ESTIGMA HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN LOS HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020.

Nivel	Elementos del estigma					
	Discriminación		Conocimiento		Prejuicio	
	f	%	f	%	F	%
Bajo	21	22,3	0	0,0	0	0,0
Medio	45	47,9	11	11,7	91	96.8
Alto	28	29,8	83	88,3	3	3,2
Total	94	100,0	94	100,0	94	100,0

Fuente: Encuesta a los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa.

Tabla 4. DIMENSIONES DEL PREJUICIO HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN LOS HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020.

Nivel	Dimensiones del prejuicio							
	Autoritarismo		Benevolencia		Restricción social		Ideología comunitaria de salud mental	
	f	%	f	%	F	%	f	%
Bajo	12	12,8	0	0,0	45	47,9	3	3,2
Medio	76	80,9	21	22,3	49	52,1	36	38,3
Alto	6	6,4	73	77,7	0	0,0	55	58,5
Total	94	100,0	94	100,0	94	100,0	94	100,0

Fuente: Encuesta a los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa.

Tabla 5. COMPARACIÓN DEL ESTIGMA HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA ENTRE LOS HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020.

Nivel de estigma	Hospitales MINSA de la provincia del Santa			
	H. Eleazar Guzmán Barrón		H. La Caleta	
	f	%	F	%
Bajo	0	0,0	0	0,0
Medio	45	100,0	49	100,0
Alto	0	0,0	0	0,0
Total	45	100,0	49	100,0

Fuente: Encuesta a los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa.

Tabla 6. COMPARACIÓN DE LAS ACTITUDES ESTIGMATIZANTES HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA ENTRE LOS HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020.

Nivel de actitud estigmatizante	Hospitales MINSA de la provincia del Santa			
	H. Eleazar Guzmán Barrón		H. La Caleta	
	f	%	F	%
Bajo	11	24.4	10	20.4
Medio	20	44.4	25	51.0
Alto	14	31.2	14	28.6
Total	45	100.0	49	100.0

Fuente: Encuesta a los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa.

Tabla 7. COMPARACIÓN DEL CONOCIMIENTO RELACIONADO CON EL ESTIGMA HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA ENTRE LOS HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020.

Nivel de conocimiento del estigma	Hospitales MINSA de la provincia del Santa			
	H. Eleazar Guzmán Barrón		H. La Caleta	
	f	%	F	%
Bajo	0	0.0	0	0.0
Medio	7	15.6	4	8,2
Alto	38	84.4	45	91.8
Total	45	100.0	49	100.0

Fuente: Encuesta a los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa.

Tabla 8. COMPARACIÓN DEL PREJUICIO HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA ENTRE LOS HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020.

Nivel del prejuicio	Hospitales MINSA de la provincia del Santa			
	H. Eleazar Guzmán Barrón		H. La Caleta	
	f	%	F	%
Bajo	0	0.0	0	0.0
Medio	44	97.8	47	95.9
Alto	1	2.2	2	4,1
Total	45	100.0	49	100.0

Fuente: Encuesta a los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa, durante el primer trimestre del 2020.

Tabla 9. COMPARACIÓN DEL AUTORITARISMO HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA ENTRE LOS HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020.

Nivel de autoritarismo	Hospitales MINSA de la provincia del Santa			
	H. Eleazar Guzmán Barrón		H. La Caleta	
	f	%	F	%
Bajo	8	17.8	4	8.2
Medio	34	75.6	42	85.7
Alto	3	6.7	3	6.1
Total	45	100.0	49	100.0

Fuente: Encuesta a los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa, durante el primer trimestre del 2020.

Tabla 10. COMPARACIÓN DE LA BENEVOLENCIA HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA ENTRE LOS HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020.

Nivel de benevolencia	Hospitales MINSA de la provincia del Santa			
	H. Eleazar Guzmán Barrón		H. La Caleta	
	f	%	F	%
Bajo	0	0.0	0	0.0
Medio	9	20.0	12	24.5
Alto	36	80.0	37	75.5
Total	45	100.0	49	100.0

Fuente: Encuesta a los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa, durante el primer trimestre del 2020.

Tabla 11. COMPARACIÓN DE LA RESTRICCIÓN SOCIAL HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA ENTRE LOS HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020.

Nivel de restricción social	Hospitales MINSA de la provincia del Santa			
	H. Eleazar Guzmán Barrón		H. La Caleta	
	f	%	F	%
Bajo	25	55.6	20	40.8
Medio	20	44.4	29	59.2
Alto	0	0.0	0	0.0
Total	45	100.0	49	100.0

Fuente: Encuesta a los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa, durante el primer trimestre del 2020.

Tabla 12. COMPARACIÓN DE LA IDEOLOGÍA COMUNITARIA DE SALUD MENTAL HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA ENTRE LOS HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020.

Nivel de ideología comunitaria	Hospitales MINSA de la provincia del Santa			
	H. Eleazar Guzmán Barrón		H. La Caleta	
	f	%	F	%
Bajo	1	2.2	2	4,1
Medio	16	35.6	20	40.8
Alto	28	62.2	27	55.1
Total	45	100.0	49	100.0

Fuente: Encuesta a los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa, durante el primer trimestre del 2020.

Tabla 13. RELACIÓN ENTRE EL ESTIGMA Y EL ANTECEDENTES DE INTERACCIÓN CON PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN LOS HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020.

Variables	Correlación de Spearman	<i>p</i>
Estigma Antecedentes de interacción	0.106	0.311

Fuente: Encuesta a los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa, durante el primer trimestre del 2020.

IV.2. DISCUSIÓN

Se ejecutó el presente trabajo de investigación con el objetivo de poder determinar el nivel del estigma hacia personas con problemas mentales en profesionales de salud del servicio de emergencia de los Hospitales MINSA de la provincia del Santa, durante el primer trimestre del año 2020.

Se obtuvo respuesta de 94 profesionales de salud, el 52.2% de la población (n=180). El 52.1% (n=49) de los encuestados laboran en el Hospital La Caleta y el 47.9%, del Hospital Eleazar Guzmán Barrón; de los cuales el 54.3% eran médicos, el 24%, licenciados(as) en enfermería y el 20.2%, técnicos(as) en enfermería.

La distribución del nivel de estigma (tabla 2) hacia las personas con problemas mentales en los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa, muestra que el 100% de los encuestados presentan un nivel de estigma medio; esto, al ser comparado entre nosocomios (tabla 5) ha determinado que el nivel de estigma tanto en el Hospital La Caleta como en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón fue medio (100%). Estos resultados difieren de los encontrados por D'Uniam, en su estudio "Estigma y actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales del Centro Materno Infantil Rímac", donde no se determinó una gran diferencia porcentual entre los diferentes niveles de estigma.(35.7% nivel bajo de estigma; el 31.6%, un nivel medio y en el 32.7%, nivel alto). (D'Uniam, 2017).

En cuanto a la distribución de los componentes del estigma (tabla 3) hacia las personas con problemas mentales en los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa; ha dado como resultado:

- En el componente discriminación (comportamiento estigmatizante): 47.9% de los encuestados presentaron un nivel medio de discriminación; el 29.8%, un nivel alto y el 22.3%, un nivel bajo. Al comparar el componente discriminante entre los nosocomios de la provincia del Santa (tabla 6), se ha evidenciado que tanto en el Hospital La Caleta como en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón predomina el nivel medio con un porcentaje de 51% y 44.4% respectivamente. Estos hallazgos son diferentes a los encontrados por Deverick., Z, Russell., L., Hudson., S. en su estudio “Attitudes of adults towards people with experience of mental distress”, quienes determinaron que el nivel de discriminación predominante fue el bajo con un 55%; seguido por el nivel medio con 43% y el nivel alto con un 2% .(Deverick., Z, Russell., L., Hudson., S., 2017)
- En el componente conocimiento: El 88.3 %, presentó un nivel alto de conocimiento y el 11.3%, un nivel medio. Al comparar este componente entre los nosocomios estudiados (tabla 7), se evidenció que en ambos nosocomios predomina un nivel de conocimiento alto. Analizando estos resultados y compararlos con los encontrados por Deverick., Z, Russell., L., Hudson., S. (71% poseía un nivel medio de conocimiento), se evidencia que el nivel de conocimiento es diferente en las realidades comparadas.
- En el componente prejuicio (actitudes estigmatizantes): El 96.8% de los encuestados poseen un nivel medio de prejuicio y el 3.2% mostraron un alto nivel de prejuicio. En la comparación de este componente entre los hospitales donde se aplicó el estudio (Tabla 8), se determinó que en ambos nosocomios predomina el prejuicio de nivel medio. Estos resultados difieren de los encontrados por D’Uniam en su estudio “Estigma y actitudes estigmatizantes hacia las personas

con trastornos mentales del Centro Materno Infantil Rímac”, donde predomina un nivel bajo de prejuicio (36.7%), seguido por un alto nivel de prejuicio (33.7%) y el 29.6%, con un nivel medio. (D’Uniam, 2017)

En cuanto a la distribución de las dimensiones del prejuicio (Tabla 4) hacia las personas con problemas mentales por parte de los profesionales de salud del servicio de emergencia en los hospitales MINSA de la provincia del Santa; se ha evidenciado:

- En la dimensión autoritarismo: en el 80.9% de los encuestados el nivel de autoritarismo es medio; el 12.8%, un nivel bajo y el 6.4%, un nivel alto. Al comparar esto entre ambos nosocomios (H. La Caleta y H. Eleazar Guzmán Barrón), predomina el autoritarismo en nivel medio. Al analizar estos resultados podemos evidenciar que no son similares a los encontrados por D’Uniam en su estudio (39.8% presentó un nivel bajo; el 31.6%, un nivel medio y el 28.6%, un alto nivel.).
- En la dimensión benevolencia: el 77.7% mostraron un nivel alto de benevolencia y el 22.3%, un nivel medio. Se comparó la misma dimensión entre los nosocomios objetivos de la investigación (Tabla 10), obteniéndose que en ambos hospitales prevalece el nivel alto de benevolencia. Estos resultados son similares a los encontrados por Deverick., Z, Russell., L., Hudson., S. en su estudio “Attitudes of adults towards people with experience of mental distress”, donde evidenciaron que el 54% presentó un nivel alto de benevolencia y el 46%, un nivel medio. (Deverick., Z, Russell., L., Hudson., S., 2017)
- En la dimensión restricción social: el 52.1% presentaron nivel medio de restricción social y el 47.9%, un nivel bajo. En la comparación de este componente entre los nosocomios de la provincia del Santa, se evidenció que en

el Hospital Eleazar Guzmán Barrón predominó un nivel bajo de restricción social con un 55.6%; mientras que en el Hospital La Caleta predominó un nivel medio de restricción social con un 59.2%. Estos hallazgos son similares a las conclusiones de D'Uniam en su estudio “Estigma y actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales del Centro Materno Infantil Rímac”, donde reporta que el 35.7% presentaba un bajo nivel de restricción social; el 32.7%, un nivel medio y el 31.6% un alto nivel.

- En la dimensión ideología comunitaria: El 58.5% presentó un nivel alto de ideología comunitaria de salud mental; el 38.3%, un nivel medio y el 3.2%, un nivel bajo. Al realizar la comparación entre los nosocomios estudiados se evidenció que predomina el nivel alto de ideología comunitaria en ambos hospitales. Lo encontrado fue diferente a lo determinado por D'Uniam en su estudio “Estigma y actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales del Centro Materno Infantil Rímac”, donde concluyó que el 35.7% presentó un nivel bajo y/o medio de ideología comunitaria y el 28.6%, un alto nivel.

En la Tabla 13 se apreció que no existe relación estadísticamente significativa entre el antecedente de interacción con personas con problemas mentales y el estigma por parte de los profesionales de salud; estos resultados son similares a lo concluido por Villanueva, Ferrando, Vilella, Pumarola y Hernán en su estudio “El estigma de los trastornos mentales en los estudiantes de enfermería.”, donde determinaron que tanto las escala CAMI, MAKS y RIBS no tenían significación estadística con el hecho de tener conocidos con trastornos mentales graves. (Villanueva et al., 2015).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.1. CONCLUSIONES

Primera.- Los profesionales de salud de los hospitales MINSA de la provincia del Santa poseen un nivel de estigma medio hacia las personas con problemas mentales (100%); esto valida nuestra hipótesis nula. Así mismo se evidenció que cerca de la mitad de los encuestados (47.9%) presenta una disposición media para interactuar con personas con problemas mentales; del mismo modo, la mayoría (88.3%) posee un alto nivel de conocimiento relacionado al estigma, y prevalece (96.8%) entre los encuestados un nivel medio de prejuicio.

Segunda.- No se encontraron diferencias entre los niveles de estigma entre los nosocomios estudiados; debido a que tanto los profesionales de salud del Hospital La Caleta, como del Hospital Eleazar Guzmán Barrón presentaron un nivel medio de estigma hacia las personas con problemas mentales (100%).

Tercera.- No existe una relación significativa (ρ : 0.106, p : 0.311) entre el antecedente de interacción con personas con problemas de salud mental y el estigma hacia las personas con problemas de salud mental por parte de los profesionales de salud de los Hospitales MINSA de la provincia del Santa.

V.2. RECOMENDACIONES

- Difundir los resultados en la comunidad de salud, para lograr sensibilizar sobre el estigma hacia las personas con problemas mentales, para empezar a crear medidas de acción.
- Se recomienda realizar nuevos trabajos de investigación que puedan determinar si las intervenciones educativas pueden o no disminuir el nivel de estigma hacia las personas con problemas mentales que se encontró en la población estudiada.
- Para futuras investigaciones, se recomienda que sea aplicado a todos los servicios de los hospitales y no solo en el servicio de emergencia, incluyendo a todos los grupos profesionales.
- Debido a que la confiabilidad de la prueba piloto de la escal CAMI fue regular se sugiere realizar investigaciones con respecto a la adaptación del instrumento en Perú.
- El Ministerio de Salud debería realizar capacitaciones a los profesionales de salud, con respecto a el estigma hacia las personas con problemas mentales.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y VIRTUALES

Abi Doumit, C., Haddad, C., Sacre, H., Salameh, P., Akel, M., Obeid, S., ... & Soufia, M. (2019). Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. *PloS one*, 14(9). DOI: [10.1371/journal.pone.0222172](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222172)

Alarcón, R. D. (2017). Estigma en la práctica psiquiátrica de un hospital general. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 818-825. DOI: [10.1016/j.rmclc.2017.09.001](https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.09.001)

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.

Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(3), 162-167. DOI: [10.1016/j.rcp.2014.07.001](https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001)

Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2015). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista colombiana de psiquiatría*, 44(4), 243-250. DOI: [10.1016/j.rcp.2015.04.003](https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.003)

Deverick., Z, Russell., L., Hudson., S (2017). *Attitudes of adults towards people with experience of mental distress: Results from the 2015 New Zealand Mental Health Monitor*. Wellington: Health Promotion Agency

D'Uniam, D. (2017). *Estigma y actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales del Centro Materno Infantil Rímac*, Lima 2016.

Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C. y Thornicroft, G. (2010). Development and Psychometric Properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (7), 440–448. doi: [10.1177 / 070674371005500707](https://doi.org/10.1177/070674371005500707)

Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the reported and intended behaviour scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 263-271. DOI:10.1017/S2045796011000308

Gaitán, E. M., & Onofrio, G. B. (2018) estigma en psiquiatría. Recuperado de: <http://www.apalweb.org/docs/estigma2018.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e informática (2013). Primera Encuesta Nacional Especializada sobre discapacidad 2012. Lima: INEI

Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental* Vol. XXIX. Año 2013, Suplemento 1. Lima.

Ley N° 26842. Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano” de 1997. Lima.

Ley N° 29889. Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano” del 24 de junio de 2012. Lima.

Ministerio de Salud. (2017). Norma técnica de Salud. Centros de Salud Mental Comunitales. 2017. (RM N° 138 – MINSA/ 2017/DGIESP). Lima: Ministerio de Salud

Ministerio de Salud. (2018). Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021. (RM N° 356 – 2018/ MINSA). Lima: Ministerio de Salud

Ministerio de Salud- Perú (2018) “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021””. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental.

Morales Bedregal, L. A. (2019). Conocimientos, actitudes, opiniones y creencias sobre la enfermedad mental en adolescentes del tercer y quinto año de secundaria de la IE Jorge Basadre Grohmann, Arequipa, 2019.

Mora-Ríos, J., & Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud mental*, 37(4), 303-312.

Organización Mundial de la Salud (2013) Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS.

Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., ... & García-Franco, M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 150-157.

Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(1), 39-50.

Rodríguez Fuentes, L. (2004). Centro psiquiátrico.

Ruiz, E. (2015). Evaluación de los conocimientos, actitudes, opiniones y creencias que tiene los adolescentes sobre la enfermedad mental. Proyecto de investigación EIR Salud Mental. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Saavedra J. (2015) Situación de salud mental en el Perú. Lima: INSM

Sampayo, M. A. D. R. (2005). La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación).

Sánchez Castillo, M. P. (2016). Estigma en los profesionales de salud mental. (Trabajo de Final de Máster, Universitat Jaume I, España). Recuperado de: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/166076/TFM_2015_S%c3%a1nchez%20CastilloM.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hurma, G., Winter, M., León, P., & Navarrete, E. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. Norte de salud mental, 14(55), 103-111.

Stucchi-Portocarrero, S. (2015). El tratamiento moral y los inicios del manicomio en el Perú. Revista de Neuro-Psiquiatría, 78(3), 153-158.

Vega, D., Garcés, L., Saavedra, P., Acosta, F. (2019). Estigma entre futuros profesionales sanitarios hacia pacientes con trastorno mental. Rehabilitación Psicosocial, 15 (1), 32-38.

Villanueva, M. S., Ferrando, D. B., Vilella, S. G., Pumarola, C. F., & Hernán, C. R. (2015). El estigma de los trastornos mentales en los estudiantes de enfermería. *Revista de enfermería y salud mental*, (2), 7-15.

World Health Organization. (2013). WHO. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.

VII. ANEXOS

ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDAS
Nivel del estigma hacia personas con problemas mentales	Conjunto de actitudes y creencias que propician miedo, evitación o rechazo hacia los individuos afectados por problemas de salud mental.	Es la evaluación del comportamiento, conducta y de los conocimientos negativos hacia las personas con problemas mentales	Comportamiento RIBS	Evaluación de la discriminación hacia individuos con problemas de salud mental	Puntaje
			Conocimiento MAKs	Evaluación de la ignorancia relacionada con el estigma hacia individuos con problemas de salud mental	Puntaje
			Actitud CAMI	Evaluación del prejuicio hacia individuos con problemas de salud mental	Puntaje

ANEXO 2. ESCALA RIBS

Instrucciones: Las siguientes cuestiones preguntan sobre sus experiencias y visión en relación a la gente que tiene problemas de salud mental (por ejemplo, gente atendida por personal sanitario). Para cada cuestión 1-4 por favor conteste marcando sólo una casilla.

Nº	PREGUNTAS	SÍ	NO	NO LO SÉ
1	¿Actualmente vive o ha vivido con alguien con un problema de salud mental?			
2	¿Actualmente está trabajando o alguna vez ha trabajado con alguien con un problema de salud mental?			
3	¿Actualmente tiene o ha tenido alguna vez un vecino con un problema de salud mental?			
4	¿Tiene actualmente, o alguna vez ha tenido, un amigo cercano con un problema de salud mental?			

Instrucciones: Para los ítems 5-8, por favor responda marcando sólo una casilla.

Nº	PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	ALGO DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	NO LO SÉ
5	En el futuro, estaría dispuesto a vivir con alguien con un problema de salud mental						
6	En el futuro, estaría dispuesto a trabajar con alguien con un problema de salud mental						
7	En el futuro, estaría						

	dispuesto a vivir cerca de alguien con un problema de salud mental.						
8	En el futuro, estaría dispuesto a continuar una relación con un amigo que desarrollar a un problema de salud mental.						

aaaaa "ALGUIEN CON UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL" se refiere a "personas atendidas por el personal de atención médica".

FUENTE: Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the reported and intended behaviour scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 263-271. DOI: [10.1017 / S2045796011000308](https://doi.org/10.1017/S2045796011000308)

ANEXO 3. ESCALA MAK5

Instrucciones: Para cada una de las afirmaciones 1 a 6 a continuaci3n, responda marcando solo una casilla. Los problemas de salud mental se refieren, por ejemplo, a condiciones por las cuales el personal de salud vería a un individuo.

N ^o	PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	ALGO DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	NO LO SÉ
1	La mayoría de personas con problemas de salud mental quiere tener trabajo pagado.						
2	Si un amigo tuviera problemas de salud mental, yo sabría orientarle para que consiguiera ayuda profesional.						
3	La medicaci3n puede ser un tratamiento efectivo para personas con problemas de salud mental.						
4	La Psicoterapia puede ser un tratamiento efectivo para las personas con problemas de salud mental.						
5	Las personas con problemas de salud mental se pueden recuperar completamente.						

6	La mayoría de las personas con problemas de Salud Mental va a un profesional sanitario para que le ayuden.						
---	--	--	--	--	--	--	--

Instrucciones: Para los ítems del 7-12, diga si piensa que cada condición es un tipo de enfermedad mental, marcando sólo una casilla.

Nº	PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	ALGO DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	NO LO SÉ
7	Depresión						
8	Estrés						
9	Esquizofrenia						
10	Trastorno bipolar (Depresión maniaca)						
11	Drogadicción						
12	Duelo						

FUENTE: Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C. y Thornicroft, G. (2010). Desarrollo y propiedades psicométricas del programa de conocimiento de salud mental. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (7), 440-448. DOI: 10.1177/070674371005500707

ANEXO 4. ESCALA CAMI

Instrucciones: De las siguientes afirmaciones, por favor indique si está de acuerdo o en desacuerdo siguiendo estas indicaciones (**TA:** Totalmente de acuerdo, **LA:** Ligeramente de acuerdo, **NAD:** Ni de acuerdo ni en desacuerdo, **LD:** Ligeramente en desacuerdo, **TD:**Totalmente en desacuerdo).

*** **PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:** personas que necesitan tratamiento para trastornos mentales pero que son capaces de vivir independientemente fuera de un hospital.

1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital

TA LA NAD LD TD

2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales

TA LA NAD LD TD

3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad

TA LA NAD LD TD

4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad

TA LA NAD LD TD

5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra

TA LA NAD LD TD

6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad

TA LA NAD LD TD

7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente

TA LA NAD LD TD

8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio

TA LA NAD LD TD

9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales

TA LA NAD LD TD

10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo

TA LA NAD LD TD

11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando este parezca estar totalmente recuperado

TA LA NAD LD TD

12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad

TA LA NAD LD TD

13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental

TA LA NAD LD TD

14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público

TA LA NAD LD TD

15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio

TA LA NAD LD TD

16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes

TA LA NAD LD TD

17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño

TA LA NAD LD TD

18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales

TA LA NAD LD TD

19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental

TA LA NAD LD TD

20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local

TA LA NAD LD TD

21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratadas como marginados sociales

TA LA NAD LD TD

22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales

TA LA NAD LD TD

23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal

TA LA NAD LD TD

24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios

TA LA NAD LD TD

25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave

TA LA NAD LD TD

26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales

TA LA NAD LD TD

27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público

TA LA NAD LD TD

28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes

TA LA NAD LD TD

29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto

TA LA NAD LD TD

30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión

TA LA NAD LD TD

31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales

TA LA NAD LD TD

32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales

TA LA NAD LD TD

33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad

TA LA NAD LD TD

34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales

TA LA NAD LD TD

35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales

TA LA NAD LD TD

36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental

TA LA NAD LD TD

37. Prácticamente cualquier persona puede padecer una enfermedad mental

TA LA NAD LD TD

38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales

TA LA NAD LD TD

39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros

TA LA NAD LD TD

40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales

TA LA NAD LD TD

FUENTE: Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., ... & García-Franco, M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 150-157. DOI: [10.1016/j.rpsm.2015.02.002](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.02.002)

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

“ESTIGMA HACIA PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN PROFESIONALES DE SALUD EN HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020.”

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “ESTIGMA HACIA PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN PROFESIONALES DE SALUD DE LOS HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020.”, cuyo propósito de este estudio es determinar el nivel del estigma hacia personas con problemas mentales en personal de salud del servicio de emergencia de los hospitales: La Caleta y Eleazar Guzmán Barrón. El presente proyecto de investigación está siendo conducido por Lyz Yhulissa Chavez Alva y Cristhian André Rodríguez Huamolle con la asesoría de los Drs. Gladys Verónica Enrique Pérez y Anthony Taboada Quezada de la Universidad Nacional del Santa.

Si accedo a participar en este estudio, deberé responder 3 escalas que tomará aproximadamente 20 minutos de mi tiempo.

Si tuviera alguna duda con relación a los ítems de las escalas, soy libre de formular las preguntas que considere pertinente.

Yo, de iniciales doy mi consentimiento para la utilización de la información obtenida de las escalas para poder colaborar con el trabajo de investigación es “ESTIGMA HACIA PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES EN PROFESIONALES DE SALUD DE LOS HOSPITALES MINSA DE LA PROVINCIA DEL SANTA, 2020.”

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

Firma

Fecha:

TESIS:CRISTHIAN RODRIGUEZ - LYZ CHAVEZ

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%	22%	11%	18%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ual.es Fuente de Internet	4%
2	bvs.minsa.gob.pe Fuente de Internet	1%
3	www.aeesme.org Fuente de Internet	1%
4	journals.humankinetics.com Fuente de Internet	1%
5	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
6	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	www.dge.gob.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	es.scribd.com Fuente de Internet	1%

10	docplayer.es Fuente de Internet	1%
11	www.omicsonline.com Fuente de Internet	1%
12	ruc.udc.es Fuente de Internet	1%
13	www.diresajunin.gob.pe Fuente de Internet	1%
14	Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante	1%
15	Submitted to UISEK Trabajo del estudiante	1%
16	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	1%
17	www.defensoria.gob.pe Fuente de Internet	<1%
18	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%
19	Submitted to Universidad Nacional del Santa Trabajo del estudiante	<1%
20	www.co.imperial.ca.us Fuente de Internet	<1%
21	www.wapr2018madrid.com	

	Fuente de Internet	<1%
22	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	<1%
23	www.insm.gob.pe Fuente de Internet	<1%
24	apalweb.org Fuente de Internet	<1%
25	Submitted to Chester College of Higher Education Trabajo del estudiante	<1%
26	Submitted to Universidad Señor de Sipan Trabajo del estudiante	<1%
27	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	<1%
28	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
29	Submitted to Universidad Manuela Beltrán Virtual Trabajo del estudiante	<1%
30	Submitted to Universidad de Deusto Trabajo del estudiante	<1%

31	Submitted to Instituto Madrilen0 de Formacion Trabajo del estudiante	<1 %
32	congresoefeshuelvasaludmental.com Fuente de Internet	<1 %
33	www.futurvalia.com Fuente de Internet	<1 %
34	www.mcgill.ca Fuente de Internet	<1 %
35	www.mentalhealth.org.nz Fuente de Internet	<1 %
36	www.infad.eu Fuente de Internet	<1 %
37	dspace.umh.es Fuente de Internet	<1 %
38	fearp.org Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 30 words

Excluir bibliografia

Activo