UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

TESIS

ESTIGMA SOCIAL Y SALUD MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES DE UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL DEL CUSCO, 2025

PRESENTADO POR:
Br. NORKA MILENE MASIAS MENDOZA
Br. JOSSETHY CELIA TOMAICONZA DUEÑAS

PARA OPTAR AL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA

ASESOR:
Mg. KAROLA ESPEJO ABARCA

CUSCO – PERÚ

2026

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el **Asesor** Karola Espejo Abarca ..... quien aplica el software de detección de similitud al trabajo de investigación/tesis titulada: Estigma social y salud mental en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025 .....

Presentado por: Norka Milene Masias Mendoza DNI N° 71107917 ;
presentado por: Josselhy Celia Tomaiconza Dueñas DNI N°: 75757398
Para optar el título Profesional/Grado Académico de Licenciada en Psicología .....

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 02 veces, mediante el Software de Similitud, conforme al Art. 6° del ***Reglamento para Uso del Sistema Detección de Similitud en la UNSAAC*** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 7 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 15 de Octubre de 20 26

.....
Firma

Post firma Karola Espejo Abarca
Nro. de DNI 45634597
ORCID del Asesor 0000 - 0002 - 3004 - 9919

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: **oid:** 27259:637604728

Escaneado con CamScanner

Norka Milene Masias Mendoza Jossethy Celia Toma...

ESTIGMA SOCIAL Y SALUD MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES DE UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL DEL CUSCO...

Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::27259:637604728

Fecha de entrega
11 oct 2026, 9:44 p.m. GMT-5

Fecha de descarga
11 oct 2026, 10:19 p.m. GMT-5

Nombre del archivo
ESTIGMA SOCIAL Y SALUD MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES DE UN HOSPITAL DE SALUD ME....pdf

Tamaño del archivo
10.1 MB

202 páginas

51.078 palabras

225.923 caracteres

7% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

6% Fuentes de Internet
1% Publicaciones
3% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Agradecimiento

A Dios, por habernos brindado sabiduría y fortaleza a lo largo de este camino académico y personal. Su presencia nos dio soporte en los momentos de incertidumbre, serenidad ante los desafíos y gratitud ante cada logro.

A nuestra asesora de tesis, por su orientación, paciencia y compromiso en la construcción de este proyecto.

A nuestros maestros de la Escuela Profesional de Psicología, quienes con su conocimiento y vocación despertaron en nosotras el amor por esta ciencia y la convicción de servir al bienestar de la salud mental.

A nuestras familias, por ser el refugio donde nace la fortaleza, y a quienes, con su palabra o su silencio, nos sostuvieron cuando más lo necesitábamos

A las montañas, que se alzan majestuosas y silenciosas recordándonos que todo ascenso exige esfuerzo, constancia y fe. En su inmensidad aprendimos que, así como los caminos empinados conducen a las cumbres, los desafíos también nos llevan al crecimiento personal y profesional.

A nuestros amigos del Hospital de Salud Mental de Almudena “San Juan Pablo II”, por su calidez, compromiso y generosidad. Su acompañamiento y confianza nos permitieron comprender que el trabajo en salud mental es también un acto de humanidad profunda.

A las personas que participaron en esta investigación como parte de la muestra, mi más profundo agradecimiento por su tiempo, confianza y disposición. Su colaboración hizo posible el desarrollo de este estudio y el cumplimiento de sus objetivos.

Este trabajo es fruto del esfuerzo colectivo, de la fe compartida y del deseo de aportar, desde la ciencia y el corazón, a un mundo más comprensivo, solidario y humano.

Dedicatoria

A mi valentía y a mi coraje, por recordarme, incluso en los días más grises, que las heridas también pueden florecer y acercarme a lo esencial.

A mis montañas, que me abrazaron con su calma y me enseñaron que toda cima se conquista con fe, paciencia y corazón; que el cansancio también es parte del viaje, y que mirar desde lo alto solamente tiene sentido cuando se ha aprendido a mirar desde adentro.

A mi familia, raíz profunda y refugio constante, por ser el amor que no tiene límites, que sostiene y que forjaron en mí, formas puras de humildad y sencillez.

Dedico este trabajo a todo lo que me inspira a creer en la belleza de lo simple, en la fuerza del viento y que la libertad nace cuando uno se atreve, finalmente, a ser.

Norka Milene Masias Mendoza

A Dios, por guiar mis pasos con su palabra, por iluminar mi mente con sabiduría, sostener mi espíritu en los momentos de dificultad y recordarme siempre que con fe y perseverancia todo es posible.

A mi familia, por su amor incondicional, sus sacrificios y su ejemplo de vida. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo, la humildad y la fe. Este logro también es suyo, pues cada palabra escrita refleja el fruto de su apoyo y dedicación.

A mí misma, por no rendirme ante los desafíos, por creer en mis capacidades y por avanzar con determinación incluso en los momentos más inciertos. Esta tesis representa no solo un logro académico, sino también el testimonio de mi crecimiento personal, emocional y espiritual.

Jossethy Celia Tomaiconza Dueñas

ÍNDICE

Índice de Tablas vii

Índice de Figuras ix

Resumen x

Abstract xi

Introducción xii

Planteamiento De La Investigación 1

1.1. Descripción del Problema de Investigación 1

1.2. Formulación del Problema 7

1.2.1. Problema General 7

1.2.2. Problemas Específicos 7

1.3. Objetivos 8

1.3.1. General 8

1.3.2. Específicos 8

1.4 Justificación 10

1.4.1 Valor Social 10

1.4.2 Valor Teórico 11

1.4.3 Valor Metodológico 11

1.4.4 Valor Aplicativo 11

1.5 Limitaciones 12

2. Marco Teórico 13

2.1. Antecedentes 13

2.1.1 Antecedentes internacionales 13

2.1.2 Antecedentes nacionales 16

2.1.3 Antecedentes locales 21

2.2. Bases Teóricas 22

2.2.1 Estigma Social 22

2.2.2 Salud Mental 40

2.3. Definición De Términos Básicos 56

3. Hipótesis Y Variables 58

3.1. Hipótesis 58

3.1.1. Hipótesis General 58

3.1.2. Hipótesis Específicos 58

3.2. Especificación de variables 60

3.2.1. Operacionalización de variables 60

4. Metodología 66

4.1. Tipo Investigación 66

4.2. Diseño de Investigación 66

4.3. Población y Muestra 67

4.3.1 Población 67

4.3.2 Muestra 68

4.3.3 Muestreo 69

4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos 69

4.4.1. Inventario SA-45: forma abreviada del SCL-90 69

4.4.2. Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad (CAMI) 71

4.5. Procesamiento de Recolección de Datos 72

4.5.1 Procesamiento y Análisis de Datos 73

4.6. Aspectos éticos 73

4.7 Matriz de Consistencia 75

5. Resultados 78

7. Conclusiones y recomendaciones 110

7.1. Conclusiones 110

7.2. Recomendaciones 113

Referencias 115

8. ANEXOS 124

Anexo 1 124

Anexo 2 125

Anexo 3 128

Anexo 4 134

Anexo 05 136

Anexo 06 144

Anexo 07 152

Anexo 08 170

Anexo 09 182

Anexo 10 184

Índice de Tablas

Tabla 1 Operacionalización de la variable Estigma Social 60

Tabla 2 Operacionalización de la variable Salud Mental 62

Tabla 3 Matriz de Consistencia 75

Tabla 4 Distribución del sexo de los familiares 78

Tabla 5 Distribución en función del estado civil de los familiares 78

Tabla 6 Distribución del nivel de estudios en los familiares 79

Tabla 7 Distribución de la ocupación de los familiares 80

Tabla 8 Distribución según la zona de residencia de los familiares 80

Tabla 9 Distribución según parentesco con el usuario del hospital 81

Tabla 10 Presencia de antecedentes de diagnóstico de salud mental en otros miembros de la familia 82

Tabla 11 Tiempo transcurrido desde el diagnóstico del paciente hasta la evaluación del familiar 83

Tabla 12 Distribución de hospitalizaciones por motivos de salud mental del familiar 84

Tabla 13 Participación en grupos de apoyo para familiares 84

Tabla 14 Distribución del nivel de conocimiento sobre la condición de salud mental del familiar 85

Tabla 15 Distribución del acceso a servicios de salud mental cercanos al hogar 86

Tabla 16 Estado de hospitalización del familiar 87

Tabla 17 Estadísticos descriptivos de los niveles de estigma social en familiares de pacientes 88

Tabla 18 Estadísticos descriptivos de las dimensiones de estigma social 89

Tabla 19 Estadísticos descriptivos de los niveles de salud mental en familiares de los pacientes 89

Tabla 20 Estadísticos descriptivos de las dimensiones de salud mental 91

Tabla 23 Estadísticos descriptivos de las dimensiones de salud mental 92

Tabla 21 Niveles de salud mental en familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados 93

Tabla 22 Niveles de estigma social en familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados 94

Tabla 23 Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov 95

Tabla 24 Correlación entre el estigma social y salud mental en familiares 96

Tabla 25 Correlación entre la dimensión de autoritarismo y salud mental en familiares 96

Tabla 26 Correlación entre la dimensión de Benevolencia y salud mental en familiares 97

Tabla 27 Correlación entre la dimensión de Rechazo social y salud mental en familiares 98

Tabla 28 Correlación entre la dimensión de Ideología de la comunidad y salud mental en familiares 98

Índice de Figuras

Figura 1 *Estadísticos descriptivos de los niveles de estigma social en familiares de pacientes* 88

Figura 2 *Estadísticos descriptivos de los niveles de salud mental en familiares de los pacientes* 91

Figura 3 *Estadísticos descriptivos de las dimensiones de salud mental (%)* 93

Resumen

La investigación tuvo como objetivo estudiar la relación entre el estigma social y la salud mental en familiares de pacientes del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II, durante el año 2025. Para ello, se evaluó a 160 participantes, de los cuales 71 fueron varones (44.4 %) y 89 mujeres (55.6 %). El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, con diseño transversal y alcance correlacional. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad (CAMI) y el test SA-45, que permitieron evaluar las variables de estudio. Los resultados evidenciaron una relación negativa y significativa, de intensidad moderada, entre el estigma social y la salud mental (rho = -0.478; p = 0.000). Este hallazgo indica que, a mayores niveles de estigma social, se observa un mayor deterioro de la salud mental y una disminución del bienestar psicológico. Asimismo, los resultados sugieren que las actitudes estigmatizantes pueden asociarse con consecuencias desfavorables para el bienestar emocional de los familiares. Se concluye que existe una relación significativa entre el estigma social y la salud mental en los familiares de pacientes, destacando la importancia de promover estrategias de sensibilización, información y apoyo psicosocial que contribuyan a reducir el estigma y favorecer el bienestar psicológico de esta población.

Palabras clave: Estigma social, Salud mental, Enfermedades mentales, Bienestar psicológico, Malestar psicológico.

Abstract

The research aimed to study the relationship between social stigma and mental health among family members of patients at the San Juan Pablo II Mental Health Hospital in 2025. A total of 160 participants were evaluated, consisting of 71 men (44.4%) and 89 women (55.6%). The study employed a quantitative, non-experimental approach with a cross-sectional design and a correlational scope. The instruments used to assess the study variables were the Community Attitudes Toward Mental Illness (CAMI) scale and the SA-45 test. The results revealed a significant, moderate, negative correlation between social stigma and mental health (rho = -0.478; p = 0.000). This finding indicates that higher levels of social stigma are associated with greater deterioration in mental health and a decline in psychological well-being. Furthermore, the results suggest that stigmatizing attitudes may be linked to adverse consequences for the emotional well-being of family members. It is concluded that there is a significant relationship between social stigma and mental health among the family members of patients, highlighting the importance of promoting awareness-raising, information, and psychosocial support strategies to help reduce stigma and foster the psychological well-being of this population.

Keywords: Social stigma, mental health, mental illnesses, psychological well-being, psychological distress.

Introducción

La salud mental constituye un componente esencial del bienestar integral de las personas, ya que influye en la manera en que piensan, sienten, actúan y se relacionan con los demás. Asimismo, permite afrontar las tensiones de la vida cotidiana, desarrollar capacidades personales y participar activamente en la comunidad. Sin embargo, a pesar de su relevancia, continúa siendo una de las áreas más descuidadas dentro de los sistemas de salud y de la dinámica social, especialmente en contextos donde persisten creencias erróneas y actitudes negativas hacia las enfermedades mentales.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales representan actualmente uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, afectando aproximadamente a 970 millones de personas. Esta situación no solo repercute en quienes presentan un diagnóstico psiquiátrico, sino también en su entorno familiar, el cual asume frecuentemente funciones de cuidado, acompañamiento y apoyo emocional. En consecuencia, los familiares se encuentran expuestos a elevados niveles de estrés, ansiedad, agotamiento emocional y afectación psicológica, especialmente cuando deben enfrentar situaciones prolongadas de cuidado y convivencia con la enfermedad mental.

En este contexto, el estigma social hacia las enfermedades mentales continúa siendo una problemática vigente y compleja. Goffman define el estigma como una marca social que desacredita a una persona y la coloca en una posición de rechazo o desvalorización dentro de la sociedad. Desde una perspectiva contemporánea, Fox et al. (2018) señalan que el estigma engloba estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias, mientras que Corrigan explica que este fenómeno se estructura a través de componentes cognitivos, emocionales y conductuales que influyen directamente en las actitudes hacia las personas con trastornos mentales.

Asimismo, Link y Phelan sostienen que el estigma es un proceso social que implica etiquetamiento, estereotipación, separación social y discriminación dentro de relaciones de poder. Estas dinámicas no solo se presentan en la sociedad en general, sino también dentro del núcleo familiar. En muchos casos, los familiares pueden internalizar creencias culturales negativas relacionadas con la enfermedad mental, llegando a desarrollar actitudes de rechazo, sobreprotección, desconfianza o distanciamiento hacia el paciente. Estas dinámicas no solo se presentan en la sociedad en general, sino también dentro del núcleo familiar. En muchos casos, los familiares reproducen creencias culturales negativas relacionadas con la enfermedad mental, manifestando actitudes de rechazo, sobreprotección, desconfianza o distanciamiento hacia el paciente. De esta manera, el estigma social también puede originarse dentro del entorno familiar, afectando tanto el proceso de recuperación del paciente como el bienestar psicológico de quienes ejercen dichas actitudes.

Diversos estudios internacionales y nacionales han evidenciado que las familias de personas con trastornos mentales experimentan altos niveles de sobrecarga emocional y afectación psicológica. Investigaciones realizadas en Canadá reportan que aproximadamente el 71 % de las familias con un integrante que presenta problemas de salud mental consideran que su propio bienestar se ve perjudicado. Del mismo modo, estudios desarrollados en América Latina muestran que las enfermedades mentales continúan asociándose con percepciones de peligrosidad, inestabilidad y debilidad personal, favoreciendo la permanencia de prejuicios y conductas discriminatorias tanto en el ámbito social como familiar.

En el contexto peruano, las investigaciones sobre estigma social han demostrado que aún persisten actitudes negativas hacia las personas con enfermedades mentales. Salcedo y Zegarra (2021), en un estudio realizado en Cajamarca, encontraron que los familiares también presentan niveles significativos de estigma, caracterizados por intolerancia, incomprensión y

desinformación, factores que pueden influir negativamente en el proceso terapéutico de los pacientes. Asimismo, Luque (2023), en la ciudad del Cusco, identificó la presencia de actitudes estigmatizantes incluso en profesionales de salud mental, evidenciando que el estigma continúa presente en distintos contextos sociales e institucionales.

Durante el desarrollo de la presente investigación, mediante entrevistas psicológicas, talleres familiares y observación directa realizadas en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco, se evidenciaron manifestaciones constantes de estrés, ansiedad, sentimientos de culpa, agotamiento emocional, conflictos familiares, preocupación excesiva y escaso conocimiento respecto a las enfermedades mentales. Muchos familiares expresaron incertidumbre sobre el diagnóstico de sus seres queridos, temor hacia el tratamiento psiquiátrico y dificultades para comprender el comportamiento del paciente. Del mismo modo, algunos pacientes manifestaron sentirse incomprendidos, rechazados o emocionalmente afectados por el trato recibido dentro de su propio entorno familiar.

Estas experiencias permitieron comprender que el estigma social no solo constituye una problemática dirigida hacia las personas diagnosticadas, sino también un fenómeno que repercute directamente en la salud mental de las familias. Desde la perspectiva sistémica y social de la salud mental, la familia representa uno de los principales espacios de interacción y apoyo emocional; por ello, cuando las relaciones familiares se encuentran atravesadas por prejuicios, creencias negativas o comunicación disfuncional, se incrementa el riesgo de deterioro psicológico tanto en el paciente como en los demás integrantes del hogar.

En este sentido, la presente investigación surge de la necesidad de comprender la relación existente entre el estigma social y la salud mental en familiares de pacientes del hospital de salud mental San Juan Pablo II del Cusco, considerando que esta población ha sido escasamente estudiada. La investigación busca aportar evidencia científica sobre cómo las actitudes estigmatizantes ejercidas por los familiares hacia los pacientes pueden influir

negativamente en su propio bienestar psicológico, generando un círculo de afectación mutua dentro del sistema familiar.

Por ello, el objetivo general de esta investigación fue determinar la relación entre el estigma social y la salud mental en familiares de pacientes del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco, 2025. Asimismo, se plantearon objetivos específicos orientados a describir los niveles de estigma social y salud mental, comparar estas variables entre familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados, y establecer la relación entre la salud mental y las dimensiones del estigma social: autoritarismo, benevolencia, rechazo social e ideología de comunidad.

Finalmente, esta investigación posee relevancia teórica, metodológica y aplicada, ya que contribuye a ampliar el conocimiento sobre el estigma social en el contexto familiar y sus repercusiones en la salud mental. Además, busca promover la implementación de programas de sensibilización, psicoeducación e intervención psicológica dirigidos tanto a pacientes como a sus familias, favoreciendo entornos más comprensivos, inclusivos y saludables dentro del proceso de recuperación en salud mental.

Planteamiento de la Investigación

1.1. Descripción del Problema de Investigación

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) señala que la salud mental es fundamental para el bienestar general y el desarrollo de las sociedades, pues influye en la forma en que las personas piensan, sienten, actúan y se relacionan con los demás, además de su capacidad para afrontar responsabilidades y participar en la comunidad; sin embargo, sigue siendo una dimensión insuficientemente atendida en muchas partes del mundo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales constituyen un problema relevante de salud pública a nivel global, afectando aproximadamente a 970 millones de personas, lo que equivale al 13 % de la población mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Además de las consecuencias ampliamente conocidas en la salud física y psicológica de quienes los padecen, estas condiciones generan una carga significativa en los cuidadores, incrementando su susceptibilidad a desarrollar trastornos como la ansiedad, la depresión y otros.

En este contexto, los cambios en el enfoque de la atención en salud mental han reforzado el papel fundamental de la familia como parte del sistema de apoyo del paciente; sin embargo, la exposición prolongada a las demandas del cuidado suele generar estrés crónico, lo que puede derivar en problemas de salud mental en los propios cuidadores. Diversos estudios evidencian niveles elevados de estrés en este grupo, donde aproximadamente un 72 % reporta estrés severo, mientras que un 25 % cumple criterios clínicos de depresión y un 29 % presenta trastornos de ansiedad. En consecuencia, resulta fundamental abordar la carga asociada al cuidado de personas con enfermedades mentales (Schulz y Sherwood, 2018).

En Malasia se evidenciaron elevadas tasas de prevalencia de depresión y ansiedad en cuidadores, lo que refleja el impacto psicológico asociado a las responsabilidades de

cuidado (Ahmad et al., 2023). Asimismo, una encuesta sobre la salud mental de cuidadores informales realizada en Ontario mostró que estos presentan mayores proporciones de trastornos afectivos (6,3 % frente a 4,2 %) y de ansiedad (17,5 % frente a 10,9 %) en comparación con las personas que no desempeñan funciones de cuidado (Statistics Canada, 2012). Por otro lado, mientras que la prevalencia de depresión en la población general se sitúa alrededor del 4,3 %, en los cuidadores estas cifras son considerablemente más elevadas, fluctuando entre el 19 % y el 57,7 % (Sallim et al., 2015).

En Latinoamérica, aproximadamente el 60 % de los cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas reportan niveles elevados de ansiedad. Diversos estudios han mostrado que las tasas pueden alcanzar hasta un 80 % de ansiedad y un 82 % de depresión en esta población vulnerable. Asimismo, en Colombia se encontró que más del 60 % de las personas cuidadoras de familiares con enfermedades crónicas o discapacidad presentan niveles elevados de ansiedad, mientras que más del 40 % manifiestan síntomas depresivos y otros trastornos afectivos (Méndez-López et al., 2021).

En el Perú la estadística realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi estimaron que hasta el 37 % de la población podría experimentar algún trastorno mental a lo largo de su vida. Asimismo, se ha reportado una prevalencia de depresión de 18,2 % en Lima Metropolitana, 16,2 % en la región andina y 21,4 % en la selva peruana. Aunque tradicionalmente la ansiedad y la depresión han sido analizadas como entidades independientes, existe amplia evidencia que demuestra su superposición, siendo su coexistencia un posible indicador de mayor gravedad clínica. Del mismo modo, más del 50 % de los cuidadores en el Perú presentan comorbilidades relacionadas con ansiedad, depresión y trastornos combinados (Castillo et al., 2020).

En respuesta a esta creciente necesidad, se ha promovido un cambio de modelo de atención, pasando de un entorno centrado en hospitales psiquiátricos a uno basado en la

comunidad. Este nuevo enfoque ha permitido la implementación de 248 Centros de Salud Mental Comunitaria, 43 Unidades de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones en hospitales generales, así como 87 Hogares Protegidos para personas con discapacidad psicosocial en condiciones vulnerables. Además, se ha habilitado la línea gratuita de orientación 113, opción 5, disponible las 24 horas del día durante todo el año (Caballero, 2023).

En esta lucha por la atención integral en salud mental, el estigma sigue siendo uno de los principales obstáculos. Este se manifiesta a través del prejuicio social, la discriminación y la exclusión, afectando profundamente tanto el reconocimiento como el tratamiento oportuno de los trastornos mentales (Ahad et al., 2023). De acuerdo con los estudios, 9 de cada 10 personas con problemas de salud mental reportan haber sufrido algún tipo de rechazo. Encuestas globales respaldan esta realidad: entre el 40% y el 70% de la población general expresa actitudes negativas hacia personas con enfermedades mentales (Silva et al., 2021).

El estigma constituye una característica frecuentemente asociada a la enfermedad mental y su manifestación puede variar según el contexto cultural. En diversos países asiáticos, los trastornos mentales suelen relacionarse con sentimientos de vergüenza, estigmatización y pérdida de prestigio social, tanto para la persona afectada como para su familia, situación influida por los valores colectivistas predominantes en estas sociedades. En Singapur, diversos estudios han evidenciado percepciones similares, como la creencia de que las personas con enfermedad mental son impredecibles y que esta condición refleja una debilidad personal. Asimismo, una investigación realizada con 940 jóvenes en dicho país reveló que el 46,2 % manifestó sentir vergüenza ante un diagnóstico de enfermedad mental; el 22,7 % indicó que preferiría que otros no supieran si un familiar padeciera este tipo de trastorno; y el 35,1 % consideró que sus amigos los percibirán como débiles si ellos

mismos presentaran una enfermedad mental. Estos hallazgos sugieren que, entre los jóvenes de Singapur, la enfermedad mental continúa siendo concebida como un motivo de vergüenza y un aspecto susceptible de estigmatización social (Subramaniam et al., 2020).

En Canadá muestran que alrededor de 11 millones de canadienses mayores de 15 años (38 %) cuentan con al menos un familiar, ya sea cercano o extendido, que presenta un problema de salud mental, independientemente de si este ha sido diagnosticado. Entre las familias que tienen un ser querido con esta condición, cerca del 71 % reporta que su propio bienestar se ve afectado por la situación del familiar. En este sentido, resulta necesario diseñar intervenciones orientadas a brindar apoyo a las familias, con el fin de afrontar el estigma que, de manera consciente o inconsciente, podrían ejercer hacia sus propios miembros (Pearson et al., 2021).

En países como México, Brasil y Argentina, se evidencia que entre el 50 % y el 65 % de los encuestados asocian los trastornos mentales con “peligrosidad” o “inestabilidad”, perpetuando estereotipos y actitudes discriminatorias hacia las personas afectadas (Mascayano et al., 2015). Como consecuencia, la enfermedad mental no solo impacta al individuo que la padece, sino también a todo su entorno cercano, por lo que puede considerarse una “enfermedad familiar”. El sufrimiento emocional, las preocupaciones constantes, el rechazo por parte de algunos familiares y las adaptaciones en la dinámica cotidiana transforman la vida de padres, hermanos, parejas e hijos. Además, el estigma social no recae únicamente sobre la persona diagnosticada, sino también sobre sus familiares, quienes en ocasiones experimentan prejuicios, rechazo o actitudes discriminatorias por el simple hecho de estar vinculados con alguien que presenta un trastorno mental.

Los familiares pueden presentar algún nivel de estigma social, lo que se vería reflejado en su bienestar psicológico trayendo como consecuencias significativas aislamiento social,

sentimientos de culpa, ansiedad, estrés crónico y entre otra sintomatología afectiva, dando como resultado una disminución general en la calidad de vida. Frente a esta realidad, es fundamental que los profesionales de la salud mental reconozcan y comprendan las experiencias de los familiares, para poder ofrecer un acompañamiento más empático y eficaz que les ayude a afrontar no solo la carga emocional, sino también el impacto social del estigma (Silva et al., 2020).

El estigma social y la salud mental en familiares de pacientes de un hospital de salud mental en el Cusco, son temas que, a pesar de su relevancia, han sido poco estudiados en nuestra sociedad y en Latinoamérica, siendo de este modo un aporte significativo, para futuras investigaciones.

Los familiares, especialmente en su rol de cuidadores, enfrentan desafíos significativos debido a la ambivalencia que experimentan entre sus creencias, prejuicios y el deseo de brindar apoyo. El cuidado de un ser querido con problemas de salud mental no solo puede generar una afectación emocional, sino también un conflicto interno con sus propias creencias, lo cual puede manifestarse en síntomas fisiológicos, psicológicos y sociales. Asimismo, la preocupación constante y la carga psicológica asociadas a esta labor pueden provocar malestar psicológico e incluso la aparición de síntomas psicopatológicos en los propios familiares.

La presente investigación se centra en una población vulnerable, destacando la importancia de comprender cómo el estigma social no solamente es experimentado por los familiares, sino también reproducido por ellos hacia sus propios parientes con problemas de salud mental e incluso hacia los centros de atención en salud mental. Estas actitudes, influenciadas por creencias y prejuicios, pueden afectar la calidad del apoyo brindado y la relación con los servicios de salud, generando a su vez un impacto negativo en la salud mental de los propios familiares. De este modo, se busca evidenciar cómo la internalización

y expresión del estigma se reflejan en su bienestar psicológico.

A través de la observación realizada durante las prácticas preprofesionales y el contacto directo con pacientes y familiares, se evidenció, a lo largo de un período de 16 meses, la escasa atención que se les otorga a los familiares de personas con problemas de salud mental. Sin embargo, estos familiares son la principal fuente de apoyo para enfrentar las repercusiones negativas de un diagnóstico mental, siendo la dinámica familiar un factor esencial en la recuperación del paciente. Esta observación se llevó a cabo durante los talleres familiares y entrevistas personales guiadas, donde se evidenció a través de la observación directa elevados niveles de estrés, sentimientos de culpa, agotamiento, aislamiento social, ansiedad, labilidad afectiva, vulnerabilidad, síntomas somáticos, preocupación excesiva, problemas para conciliar el sueño y donde los propios familiares expresaron que la familia se veía afectada de diversas maneras, lo que incluía creencias irracionales, prejuicios y escaso conocimiento sobre enfermedades mentales, siendo un aspecto común entre todos los participantes. Un familiar comentó: "¿Si mi familiar tiene este diagnóstico, ya no podrá ser el mismo de antes?". Otro mencionó: "¿Es necesario que mi familiar acuda a un centro de salud mental para recibir su tratamiento?". También se expresó: "Nosotros también salimos afectados y no sabemos cómo entender a nuestros familiares ya que no todos en casa están de acuerdo en querer ayudar" y "¿Hasta qué punto un diagnóstico influirá en la vida cotidiana de mi familiar y en mi vida?".

Además, se evidenció la relevancia de la influencia familiar en los pacientes hospitalizados. Durante los talleres grupales, se recabaron datos importantes por parte de los pacientes en relación a su dinámica familiar, percepción y malestar psicológico. Donde el estigma social y la salud mental fueron identificados como variables clave en el proceso de recuperación, lo que resalta la importancia de intervenir en el entorno familiar. En este sentido, brindar apoyo psicológico a los familiares, orientado a la sensibilización y a la

modificación de creencias y prejuicios, contribuye a la reducción del estigma. Este proceso no solo favorece la mejora de la salud mental de los propios familiares, sino que también promueve la construcción de un entorno más saludable para el paciente, lo cual repercute positivamente en su tratamiento y recuperación. Asimismo, se evidenció la significativa influencia que ejerce el entorno familiar en la evolución de los pacientes hospitalizados.

A partir de esta información recopilada y del análisis de las variables en nuestra investigación, se fundamenta la elección del estudio al abordar la relación entre el estigma social y la salud mental en una población poco explorada, como lo son los familiares de pacientes. Nuestra investigación no se limita a identificar si existe una correlación significativa entre ambas variables, sino también a comprender las implicancias de una articulación deficiente entre ellas, dado que esta podría repercutir negativamente en la salud mental, el acceso al apoyo psicosocial y el bienestar familiar. En este marco, planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe una relación entre el estigma social y la salud mental en los familiares de pacientes del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II, Cusco, 2025?

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre estigma social y salud mental en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los niveles de estigma social en mental en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025?
- ¿Cuáles son los niveles de salud mental en familiares de pacientes un hospital de salud mental del Cusco, 2025?
- ¿Existen diferencias en los niveles de estigma social entre familiares de

pacientes hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco, 2025?

- ¿Existen diferencias en los niveles de salud mental entre familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre salud mental y la dimensión de autoritarismo en familiares de pacientes un hospital de salud mental del Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre salud mental y la dimensión de benevolencia en familiares de pacientes un hospital de salud mental del Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre salud mental y la dimensión de rechazo social en familiares de pacientes un hospital de salud mental del Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre salud mental y la dimensión de ideología de comunidad en familiares de pacientes un hospital de salud mental del Cusco, 2025?

1.3. Objetivos

1.3.1. General

Determinar la relación que existe entre el estigma social y salud mental en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025

1.3.2. Específicos

- Describir los niveles de estigma social en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.
- Describir los niveles de salud mental en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.
- Comparar los niveles de estigma social en familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.
- Comparar los niveles de salud mental en familiares de pacientes

hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.

- Establecer la relación entre salud mental y la dimensión de autoritarismo en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.
- Establecer la relación entre salud mental y la dimensión de benevolencia en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.
- Establecer la relación entre salud mental y la dimensión de rechazo social en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.
- Establecer la relación entre salud mental y la dimensión de ideología de la comunidad en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.

1.4 Justificación

El Instituto Nacional de Salud Mental (2014) considera el estigma social como una actitud de rechazo, lo cual afecta de manera directa al bienestar emocional, psíquico y social de la persona diagnosticada y de sus familiares. Asimismo, se recopiló información de manera directa en un periodo de 16 meses en el cual, a través de técnicas psicológicas como la entrevista, encuestas y la observación, se identificó una necesidad por parte de los familiares y los pacientes y viceversa en la cual se comentaba de creencias y prejuicios por ambas partes y cómo esto influía en su salud mental y la recuperación de los pacientes.

Según León (2005) cuando una enfermedad, se torna crónica, la familia llega a percibir a la persona como una "carga pesada", el paciente y los familiares llegan a generar rechazo y sentimientos ambivalentes y al mismo tiempo se manifiestan conductas de retraimiento social, abandonando y alejándose de sus actividades diarias, no cabe duda que ellos son quienes directamente son afectados en mayor peso por el fenómeno del estigma. Al mismo tiempo el desconocimiento del origen de la aparición de enfermedades mentales refuerza las creencias y prejuicios, de igual manera se difunden por medios informativos conceptos erróneos respecto a los trastornos mentales, refiriéndose a ellos como algo duradero, como una condición de discapacidad afectando el funcionamiento personal y social.

Por lo expuesto, el estudio del estigma social y su relación con la salud mental, ofrece a nuestro contexto local, un avance y un precedente importante para la comprensión de este fenómeno social, además de sumar un aporte significativo a nivel local digno de seguir siendo investigado.

1.4.1 Valor Social

Esta investigación se justifica socialmente, puesto que no se tiene estudios similares de cómo el estigma social repercute en la salud mental de familiares de pacientes con un diagnóstico clínico, proporcionando información basada en evidencia y reduciendo brechas

sobre las concepciones erróneas que se tengan, de esta manera se pretende reducir el nivel de estigma y el impacto en la salud mental de estas en una población altamente sensible, lo cual nos permite identificar un perfil psicológico para el desarrollo de estrategias de afrontamiento y adaptación.

1.4.2 Valor Teórico

Los estudios sobre el estigma social, muestran una diversidad conceptual, es decir, que existe una variedad de denominaciones, sin embargo, comparten la misma semántica entre sí. La presente investigación busca ampliar el marco teórico de las concepciones del estigma social en la población Cusqueña y sus repercusiones en la salud mental, es decir ofrece un marco teórico, contextual y social. Además, se busca aportar antecedentes para futuras investigaciones que busquen implicancias del estigma social en la salud mental, como resultado del nivel de consecuencias negativas para el entorno familiar.

1.4.3 Valor Metodológico

La investigación actual tiene un valor metodológico, ya que servirá como aporte para futuros estudios orientados al análisis del estigma social y la salud mental en nuestra población. Se aporta con la adaptación de los instrumentos a nuestro contexto cumpliendo criterios de validez y confiabilidad; esto servirá de apoyo a futuras investigaciones al momento de la recolección de datos lo que favorecerá un mejor desarrollo y análisis de las variables.

1.4.4 Valor Aplicativo

La investigación sobre la relación entre estigma social y salud mental tiene un valor aplicativo en el ámbito clínico; por lo tanto, con los resultados obtenidos se podrá crear programas de promoción, prevención e intervención orientados al cuidado de la salud mental de los familiares de pacientes de un centro de salud mental; además se promueve la

conciencia sobre la importancia de cuidar el bienestar de la familia en general y no solo del paciente.

1.5 Limitaciones

La investigación cuenta con escasa bibliografía internacional, nacional y local, esta misma literatura revisada carece de datos cuantitativos de relación entre ambas variables. Por otro lado, el acceso a la población estudiada los cuales son familiares de pacientes de consulta externa y hospitalizados presentó ciertas dificultades dadas las características socioculturales, aunque la institución facilitó el acceso para realizar las entrevistas.

El ingreso a la institución para realizar nuestra investigación se desarrolló siguiendo un proceso formal y ordenado. En primer lugar, acudimos a una reunión con el jefe del área correspondiente, a quien le expusimos de manera resumida el objetivo central de nuestro estudio y la relevancia que este tendría para la comunidad y la institución. Tras esta primera presentación, recibimos su aprobación verbal para iniciar el trámite formal.

Posteriormente, procedimos a realizar el proceso administrativo, ingresando la solicitud oficial mediante mesa de partes, adjuntando los documentos requeridos para la evaluación institucional. Dicha documentación fue derivada al área correspondiente del hospital, donde nuevamente presentamos y explicamos el propósito de nuestra investigación, asegurando claridad y transparencia en cada etapa.

Finalmente, el director administrativo de la institución revisó la propuesta y otorgó la autorización formal para la ejecución del estudio. Además, durante esta etapa se acordó nuestro compromiso de brindar talleres dirigidos a familiares y dejar implementado un programa que permita la continuidad de futuras actividades formativas dentro de la institución.

2. Marco Teórico

2.1. Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

La investigación realizada por Shalaby et al. (2025) en la región del Delta de Egipto con el título **"Estigma percibido hacia las personas con enfermedades mentales y sus familias: perspectivas de los familiares de los pacientes en un estudio multicéntrico egipcio".** El estudio tuvo como objetivo analizar las actitudes estigmatizantes en familiares de pacientes con trastornos psiquiátricos, así como sus repercusiones en el bienestar psicológico de los cuidadores y en los propios pacientes. Se desarrolló un diseño transversal con la participación de 633 familiares de personas diagnosticadas con trastornos mentales que asistían a clínicas ubicadas en cuatro ciudades de la región del Delta en Egipto. Para la recolección de datos, se elaboró una ficha que incluyó información sociodemográfica y clínica tanto de los pacientes como de sus familiares. La evaluación del estigma se realizó mediante la Escala de Devaluación-Discriminación Percibida, permitiendo medir el estigma orientado hacia el paciente y hacia la familia. En cuanto a los resultados, se encontró que el 64 % de los participantes reportó estigma dirigido al paciente, mientras que el 37,4% manifestó estigma hacia la familia, con una prevalencia global del 57,7 %. Asimismo, se evidenció que un mayor nivel de estigma hacia el paciente se relacionaba significativamente con familiares sin alfabetización (38,4 %) y con estado civil soltero (51,1 %), así como con factores clínicos como la mayor duración de la enfermedad, la falta de adherencia al tratamiento y la necesidad de hospitalizaciones frecuentes. En conclusión, el estigma continúa representando una carga importante tanto para las personas con trastornos mentales como para sus familias, especialmente en contextos de cronicidad y baja adherencia terapéutica. Por ello, se resalta la necesidad de implementar programas de

educación pública e intervenciones culturalmente pertinentes que contribuyan a reducir creencias erróneas, disminuir actitudes estigmatizantes y mejorar el acceso a los servicios de salud, así como el apoyo a los cuidadores.

La investigación realizada por Baris et al. (2024) en la ciudad de Adana con el título **"Estigmatización de pacientes con trastornos mentales: un estudio comparativo de enfermeras en psiquiatría forense y en entornos hospitalarios".** Tuvo como propósito analizar y comparar las percepciones, actitudes y creencias de enfermeras de psiquiatría forense y de enfermeras de atención general hacia los pacientes con trastornos psiquiátricos. La muestra estuvo conformada por 46 enfermeras de la Clínica de Psiquiatría Forense de Alta Seguridad y 58 enfermeras que laboraban en otros servicios hospitalarios, todas atendiendo a pacientes hospitalizados de entre 18 y 65 años, durante el período comprendido entre diciembre de 2020 y abril de 2021 en Turquía. Las enfermeras del área forense contaban con un mínimo de seis meses de experiencia en dicha clínica. Los resultados evidenciaron que las enfermeras de psiquiatría forense presentaron actitudes significativamente más favorables hacia los pacientes ($p < .0001$), caracterizadas por una menor distancia social ($p = .009$), mayor confianza ($p < .0001$), mayor disposición para brindar atención ($p < .0001$), menor percepción de amenaza ($p = .004$) y una actitud general más positiva. En consecuencia, se concluyó que las enfermeras forenses manifiestan creencias, actitudes y percepciones más positivas que aquellas que trabajan en servicios no forenses, mostrando además una visión más favorable respecto a establecer relaciones familiares y sociales con pacientes psiquiátricos, lo cual resulta menos estigmatizante en comparación con las enfermeras de atención general.

La investigación realizada por Palanca (2022) en la ciudad de Valencia con el título **"Estudio comparativo sobre la presencia del estigma social asociado al**

trastorno mental grave en estudiantes de psicología de la Universitat de València" tuvo como finalidad evaluar el nivel de estigma social hacia el trastorno mental grave (TMG) en estudiantes del primer y cuarto año de la carrera de Psicología, así como examinar la existencia de diferencias según el año académico, el género y la experiencia de conocer o convivir con personas con TMG. Para ello, se empleó un diseño transversal comparativo de grupos, con una muestra conformada por 91 estudiantes de primer curso y 67 de cuarto curso. Los resultados evidenciaron que no existen diferencias significativas entre los grupos en el nivel de conocimiento sobre los trastornos mentales. No obstante, se identificó una diferencia significativa en la dimensión de benevolencia del instrumento CAMI, en la cual los estudiantes de cuarto año obtuvieron puntuaciones superiores a las de primer año. Asimismo, se halló una diferencia significativa en la dimensión de coerción, donde las mujeres presentaron puntuaciones inferiores en comparación con los hombres. Finalmente, los estudiantes que no tenían contacto previo con personas que padecen un trastorno mental manifestaron actitudes más autoritarias que aquellos que sí.

La investigación realizada por Pinto (2020) en Bogotá con el título **"Caracterización de la estigmatización a la enfermedad mental en unas áreas de Bogotá, Colombia"** tuvo como propósito describir las manifestaciones de estigmatización hacia la enfermedad mental en determinados sectores de dicha ciudad. Para ello, se empleó un enfoque descriptivo–observacional de corte transversal, mediante la aplicación del cuestionario *Community Attitudes Toward the Mentally Ill III (CAMI)* a una muestra de 310 residentes de Bogotá, complementado con un análisis descriptivo basado en las principales teorías explicativas del estigma y en variables sociodemográficas y socioeconómicas. Los resultados indicaron que el estigma hacia la enfermedad mental se presenta con mayor frecuencia en hombres, personas con bajo

nivel educativo, adultos mayores de 60 años y en ocupaciones como obreros, trabajadores del servicio doméstico y especialistas en mercadeo. Asimismo, se evidenció una mayor presencia de actitudes autoritarias, menor benevolencia y predominio de conductas de rechazo social. En conclusión, se observó que los individuos con ocupaciones asociadas a un mayor nivel educativo mostraron actitudes menos discriminatorias. Además, se determinó que, en general, la población acepta los servicios de salud mental y su función, siempre que no exista un contacto directo con estos, mientras que un 38 % de los participantes no manifestó una postura definida respecto a la hospitalización con tratamiento psiquiátrico y solo el 39 % consideró pertinente el tratamiento intrahospitalario en determinados casos.

2.1.2 Antecedentes nacionales

La investigación realizada por Pérez (2025) en la ciudad de Chiclayo con el título **"Estigma hacia personas con trastornos mentales en adolescentes de un centro educativo de Chiclayo, 2023"** con el objetivo de determinar las diferencias en el estigma hacia personas con trastornos mentales según sexo, edad y cercanía en adolescentes de un centro educativo de Chiclayo, además de identificar el nivel de estigma. Se realizó con una población de 262 estudiantes la cual se escogió por un muestreo censal, de los cuales 120 son mujeres y 142 varones, entre 15 y 17 años; se utilizó la encuesta de opinión sobre enfermedades mentales (OMI). Los resultados de esta investigación mostraron que no existen diferencias entre varones y mujeres respecto al estigma hacia personas con trastornos mentales ($p>0.05$), tampoco existe diferencia según edad ($p=0.087$), por otra parte, el estigma está presente en el 26,7% de los participantes. En conclusión, si se encuentra presente la problemática en la población y que la edad y el sexo no determina diferencia en el estigma hacia personas con trastornos mentales, mientras que la cercanía sí marca una diferencia significativa.

La investigación realizada por Zorrilla (2023) en la ciudad de Huancavelica con el título **"Estigma social hacia los trastornos mentales según variables sociodemográficas en estudiantes de enfermería técnica de un instituto superior Huancavelica 2023"** tuvo como finalidad analizar la presencia del estigma social hacia los trastornos mentales y determinar si existen diferencias significativas en función de variables sociodemográficas en estudiantes de enfermería técnica de un instituto superior. El estudio correspondió a una investigación de tipo aplicada, con enfoque descriptivo y diseño descriptivo-comparativo. La muestra estuvo conformada por 108 estudiantes, a quienes se les administró la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental (CAMI). Los resultados evidenciaron que el 23,15 % de los participantes presentó un nivel bajo de estigma, mientras que el 2,76 % mostró un nivel alto, predominando en general un nivel intermedio de estigmatización acompañado de ciertos prejuicios hacia los trastornos mentales. En relación con la variable sexo, se observó que tanto mujeres como varones manifestaron un nivel medio de estigma; sin embargo, este fue más elevado en las mujeres (49,52 %) en comparación con los varones (23,15 %). En conclusión, se determinó que existen diferencias significativas en el estigma social hacia los trastornos mentales entre los estudiantes de enfermería técnica de un instituto superior de Huancavelica, principalmente en función del sexo y del ciclo académico.

La investigación realizada por Manrique y Salazar (2023) en la ciudad de Lima con el título **"Asociación entre la estigmatización social y síntomas de depresión y ansiedad, en personal de salud de un hospital público de Lima, Perú, durante la pandemia por COVID-19".** El objetivo fue explorar la asociación entre la estigmatización social y síntomas de depresión y ansiedad, en el personal de salud de un hospital público en Lima, Perú, durante la pandemia por COVID-19. La metodología se

basó en un estudio observacional analítico de corte transversal, realizado en profesionales de la salud, entre los meses de febrero y marzo del 2022. Los instrumentos utilizados fueron la escala de estigma y el cuestionario SRQ-18, para medir estigma y síntomas de depresión y/o ansiedad, respectivamente. El análisis bivariado se realizó mediante la prueba de chi cuadrado y t-student. Se realizó un análisis multivariado, estimando razones de prevalencias (RP) crudas y ajustadas, mediante la regresión de Poisson con varianza robusta. Se reportaron los intervalos de confianza al 95 %, y se consideró un $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Se concluyó que 1 de cada 4 profesionales de la salud manifiesta síntomas de depresión y/o ansiedad, mientras que 1 de cada 5 se ha sentido estigmatizado. La estigmatización social estuvo relacionada a síntomas de depresión y ansiedad, independientemente de potenciales variables confusas. Se sugirió a futuros investigadores explorar la relación causal entre estigmatización social y el desarrollo de enfermedades de salud mental como depresión y ansiedad.

La investigación realizada por Pacheco (2022) en la ciudad de Huancayo con el título **"Estigma público de los trastornos mentales en Huancayo Metropolitano – 2022"** tuvo como objetivo identificar el nivel de estigma público hacia los trastornos mentales en la población mayor de 18 años residente en Huancayo Metropolitano durante el año 2022. El estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, con diseño transversal y orientación exploratoria, y contó con la participación de 385 habitantes de dicha localidad. Los resultados evidenciaron que el nivel intermedio de estigma fue predominante en los distintos grupos etarios: 71,07 % en jóvenes, 74,06 % en adultos y 85,71 % en adultos mayores. De manera general, el 73,25 % de los participantes presentó un nivel intermedio de estigma, seguido de un 26,49 % con nivel bajo y solo un 0,26 % con nivel alto. En conclusión, se determinó

que en Huancayo Metropolitano predomina un nivel intermedio de estigma público hacia los trastornos mentales en la población adulta.

La investigación realizada por Salcedo et al. (2021) en la ciudad de Cajamarca con el título **"Estigma hacia personas con enfermedades mentales en el ámbito familiar y público en general en la ciudad de Cajamarca, 2021".** Tuvo como objetivo comparar el estigma hacia las personas con enfermedades mentales en el ámbito familiar y en la población general. La investigación adoptó un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental y corte transversal, realizando un análisis descriptivo-comparativo entre ambas poblaciones. La muestra estuvo conformada por 80 participantes de Cajamarca, con edades comprendidas entre 18 y 65 años, incluyendo 40 familiares de personas con enfermedades mentales y 40 individuos del público en general. Los resultados indicaron que los niveles de estigma medio fueron mayores en el público general (60 %) en comparación con los familiares (42,4 %), observándose también actitudes de intolerancia e incomprensión en un 42,5 % de los familiares. En conclusión, se evidenció que la desinformación respecto a las enfermedades mentales es elevada y requiere ser abordada, ya que, aunque el estigma es más pronunciado en el público general, los familiares también presentan niveles significativos que pueden influir negativamente en el proceso terapéutico de los pacientes.

La investigación realizada por Otoya (2021) en la ciudad de Lima con el título **"Estigma y conocimiento del trastorno mental en estudiantes de enfermería de una universidad privada, Lima - 2021".** Tuvo como objetivo analizar la relación entre el estigma y el conocimiento sobre los trastornos mentales en estudiantes de Enfermería de una universidad privada. El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional, con diseño no experimental y corte transversal, e incluyó la participación de 175 estudiantes. Los resultados evidenciaron que el 54 % de los estudiantes

presentaron un nivel bajo de estigma y un buen conocimiento del trastorno mental. Al desglosar por dimensiones, el 34 % mostró bajo estigma en la dimensión percepción, el 37 % en la dimensión actitud y el 50 % en la dimensión creencia, manteniendo en todos los casos un buen nivel de conocimiento del trastorno mental. En conclusión, los hallazgos indicaron que existe una relación significativa entre el nivel de estigma y el conocimiento sobre los trastornos mentales en los estudiantes de Enfermería evaluados.

La investigación realizada por Chávez (2020) en la ciudad de Ancash con el título **"Estigma hacia personas con problemas mentales en profesionales de salud en hospitales MINSA de la Provincia del Santa, 2020".** Tuvo como objetivo 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 durante el primer trimestre del año 2020. La metodología empleada fue de tipo descriptivo, comparativo y relacional, con un diseño no experimental y corte transversal. La muestra estuvo constituida por 94 profesionales de la salud que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. Los resultados evidenciaron que el 100 % de los profesionales presentó un nivel medio de estigma hacia las personas con problemas mentales, con disposición media para interactuar con este grupo, un alto nivel de conocimiento sobre el estigma (88,3 %) y un nivel medio de prejuicio (96,8 %). No se observaron diferencias significativas en los niveles de estigma entre los distintos hospitales evaluados, ni se encontró relación significativa entre la experiencia previa de interacción con personas con problemas mentales y el nivel de estigma manifestado por los profesionales de salud.

La investigación realizada por Sencia (2020) en la ciudad de Arequipa con el título **"Estigma sobre pacientes con patología psiquiátrica por familiares del Hospital Regional III Honorio Delgado Espinoza, enero-febrero 2020".** Tuvo como

objetivo evaluar la presencia de estigma hacia pacientes con patología psiquiátrica en familiares de estos pacientes. La metodología utilizada consistió en la aplicación de encuestas a una muestra de 51 familiares que cumplieron con los criterios de selección, empleando una ficha de datos y la escala *Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI)*. Los resultados mostraron que el 58,82 % de los participantes eran mujeres y el 41,18 % varones, y que ninguno de los familiares manifestó opiniones estigmatizantes respecto a las dimensiones de autoritarismo, benevolencia, restricción social o ideología en salud mental hacia sus pacientes. En conclusión, el estudio determinó que no se evidenciaron actitudes de estigma en los familiares de pacientes con patología psiquiátrica del Hospital Regional III Honorio Delgado Espinoza.

2.1.3 Antecedentes locales

La investigación realizada por Luque (2023) en la ciudad de Cusco con el título **"Nivel de estigma en personal de salud mental a usuarios con trastorno límite de personalidad en la ciudad del Cusco, octubre 2023".** Tuvo como objetivo evaluar el nivel de estigma en profesionales de salud mental hacia usuarios con trastorno límite de personalidad (TLP). El estudio se desarrolló bajo un diseño descriptivo y transversal. Los resultados indicaron que el 14,06 % de los profesionales presentó un nivel regular de estigma hacia los usuarios con TLP. Asimismo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estigma y el estado civil de los profesionales ($p = 0,028$), y se observó que las licenciadas de enfermería fueron quienes mayormente mostraron actitudes negativas hacia estos usuarios (22,73 %). En conclusión, aproximadamente una séptima parte de los profesionales de salud mental evaluados presentó un nivel regular de estigma hacia personas con trastorno límite de personalidad.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1 Estigma Social

El estigma social constituye un fenómeno complejo relacionado con la desvalorización, discriminación y exclusión hacia determinados grupos considerados diferentes dentro de una sociedad. En el ámbito de la salud mental, el estigma social se manifiesta mediante creencias negativas, prejuicios y conductas discriminatorias hacia las personas con trastornos mentales, afectando su inclusión social, bienestar psicológico y calidad de vida (Sheehan et al., 2022).

El estigma es un concepto que tiene sus raíces en la antigua Grecia, donde originalmente se refería a una marca física impuesta a personas consideradas deshonrosas, como los esclavos o traidores. En la actualidad, el término se entiende como un juicio social negativo hacia ciertos grupos considerados desviados o inmorales, lo que conlleva discriminación, vergüenza y, en casos extremos, incluso la deshumanización de quienes son estigmatizados. Este fenómeno se presenta dentro de contextos sociales donde existe una relación de poder, en la que un grupo dominante menosprecia a otro con menor influencia. Además, lo que se considera aceptable o inaceptable socialmente es algo cambiante, influenciado por la cultura, lo que da lugar a la posibilidad de que el estigma asociado a ciertas condiciones, como las enfermedades mentales, disminuye con el tiempo (Sheehan et al., 2022).

Fox et al. (2017) propone una reconceptualización del estigma a partir de dos enfoques fundamentales: el del estigmatizador y el del estigmatizado. Desde la perspectiva del estigmatizador, el estigma se entiende como un fenómeno social que, al igual que en definiciones previas, engloba estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias. Este enfoque considera, además, que el estigma se manifiesta a través de tres dimensiones interrelacionadas: la cognitiva, vinculada a las creencias; la

emocional, asociada a las actitudes y reacciones afectivas; y la conductual, relacionada con las acciones discriminatorias.

El estigma tiene consecuencias especialmente difíciles cuando la condición que lo genera puede ocultarse, como suele ocurrir con los trastornos mentales. Las personas afectadas enfrentan constantemente la decisión de ocultar o revelar su situación, lo que puede provocar ansiedad y afectar sus relaciones sociales. El proceso de estigmatización no solo implica juicios y marcas sociales, sino también expectativas negativas a largo plazo que pueden influir en la conducta del estigmatizado, dando lugar a profecías autocumplidas. Es decir, cuando se atribuyen defectos personales a una condición, la persona puede terminar actuando de acuerdo con los estereotipos impuestos (Samari et al., 2022).

Aunque el estigma se presenta en muchas culturas y momentos históricos, lo que sugiere una posible base evolutiva, las manifestaciones específicas varían considerablemente según el contexto cultural. Algunas características que en un tiempo fueron mal vistas, más tarde pueden ser valoradas, lo que demuestra que es posible cambiar actitudes sociales mediante la educación, el contacto y la promoción de la empatía. No obstante, modificar creencias arraigadas requiere tiempo y esfuerzo sostenido (Sheehan et al., 2022).

2.2.1.1. Orígenes Evolutivos del Estigma.

Desde la perspectiva evolutiva, el estigma social podría tener origen en mecanismos adaptativos relacionados con la supervivencia y protección del grupo social. De acuerdo con Crocker (2023) los seres humanos podrían estar predispuestos, desde una perspectiva evolutiva, a identificar y evitar a quienes muestran comportamientos considerados desviados. Esta tendencia podría estar arraigada en la estructura mental como un mecanismo de supervivencia. La amplia presencia del estigma hacia los

trastornos mentales en distintas culturas refuerza la idea de que la exclusión social podría tener bases evolutivas. Además, se ha observado una preferencia general por la jerarquía, común en los primates, que incluso tiene correlatos neuronales específicos en ciertas áreas del cerebro.

Desde esta perspectiva, los seres humanos no solo evolucionaron para cooperar, sino también para protegerse de relaciones sociales potencialmente dañinas. Las interacciones sociales pueden implicar costos importantes, como la competencia por recursos, el riesgo de violencia o la transmisión de enfermedades. Por ello, algunas formas de exclusión pueden haber sido seleccionadas evolutivamente para limitar contactos que pusieran en riesgo la supervivencia. Esta tendencia no es exclusiva de los humanos: otras especies también evitan a miembros de su grupo que exhiben comportamientos inusuales o señales físicas de enfermedad (Sagheddu et al., 2024).

Existen ciertos rasgos que pudieron haber activado mecanismos de exclusión en las sociedades humanas primitivas, tales como señales visibles de enfermedad o comportamientos erráticos, personas que no contribuyen socialmente o que tienden a explotar a otros, y aquellas que pertenecen a grupos culturalmente distintos. Curiosamente, estas categorías se asemejan a tres tipos de atributos estigmatizados ya reconocidos: imperfecciones físicas, defectos de carácter y características tribales o culturales (Khatooni, 2022).

Se ha sugerido que varios síntomas de los trastornos mentales pueden activar los dos primeros tipos de mecanismos de exclusión. Por ejemplo, el descuido personal o conductas compulsivas podrían generar miedo al contagio. Asimismo, comportamientos impredecibles o desinhibidos podrían percibirse como señales de bajo estatus o riesgo de ser engañado o explotado. Sin embargo, las diferencias culturales o tribales no parecen estar directamente relacionadas con el estigma hacia los trastornos mentales,

aunque existen ciertos matices a considerar (Sagheddu et al., 2024).

2.2.1.2. Perspectivas teóricas sobre el estigma.

Actualmente, el estigma social es un tema central en diversas áreas de estudio como la psicología social, la psiquiatría, las relaciones intergrupales, la psicología evolutiva y los estudios sobre discapacidad. Aunque muchas investigaciones se han centrado en grupos minoritarios por género o etnia, la evidencia demuestra que las enfermedades mentales siguen siendo objeto de un fuerte estigma. Es relevante señalar que no todos los trastornos mentales reciben el mismo tipo o intensidad de estigmatización: por ejemplo, la esquizofrenia y el consumo de sustancias suelen generar reacciones más negativas que otros trastornos como la depresión, que en algunos contextos es percibida de forma menos severa. Por tanto, es fundamental considerar cada trastorno de manera particular, en lugar de generalizar sobre la "enfermedad mental" como una categoría única (Martinez y Hinshaw, 2016).

Desde la perspectiva cognitiva y conductual, el estigma se relaciona con procesos como los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. Si bien el uso de estereotipos es una forma común de simplificar la información social, cuando estos se cargan de valoraciones negativas y resultan en la limitación de derechos, se convierten en una forma de estigmatización con consecuencias graves. Además, el estigma suele reducir a la persona a una única característica percibida como negativa, lo que puede llevarla a interiorizar estas creencias y a desarrollar una imagen negativa de sí misma, fenómeno conocido como autoestima (Sheehan et al., 2022).

Desde la perspectiva psicosocial, la necesidad de formar y mantener grupos sociales constituye un elemento esencial para la supervivencia humana. Esto genera una tendencia natural a identificarse con los grupos propios aquellos con los que se comparte origen, comunidad o identidad y a marcar distancias con los grupos ajenos,

percibidos como una amenaza, especialmente en contextos de escasez de recursos. Estudios han demostrado que incluso las diferencias triviales pueden ser suficientes para que las personas se alineen con su grupo y rechacen a quienes consideran externos (Khatooni, 2022).

Erving Goffman fue uno de los primeros autores en analizar el estigma como una construcción social basada en estereotipos y prejuicios profundamente arraigados en la sociedad. Según su planteamiento, las personas estigmatizadas suelen experimentar rechazo, discriminación y pérdida de reconocimiento social debido a características consideradas diferentes o socialmente desacreditadas (Goffman, 1963). Actualmente, este concepto ha sido ampliado por investigaciones contemporáneas que señalan que el estigma hacia las personas con trastornos mentales limita su inclusión social, afecta sus relaciones interpersonales y dificulta el acceso oportuno a los servicios de salud mental. Asimismo, diversos estudios recientes sostienen que los problemas de salud mental no solo afectan al individuo diagnosticado, sino también a su entorno familiar, ya que los familiares suelen asumir funciones de apoyo y cuidado continuo. En este contexto, el estigma asociado a la enfermedad mental también puede extenderse hacia la familia, generando sentimientos de vergüenza, aislamiento social y sobrecarga emocional en los cuidadores (Corrigan et al., 2014).

Según Corrigan et al. (2014) el estigma se compone de tres elementos interrelacionados: estereotipos, prejuicios y discriminación. Los estereotipos son creencias generalizadas, influenciadas culturalmente, sobre las características de un grupo; los prejuicios corresponden a actitudes negativas basadas en dichos estereotipos; y la discriminación se manifiesta en conductas de trato desigual o injusto hacia ese grupo (Corrigan & Watson, 2002). En salud mental, el estigma hacia las personas con trastornos mentales favorece el rechazo y el distanciamiento social, limitando incluso

oportunidades laborales. Esto se debe a etiquetas negativas, como considerarlas peligrosas o inestables, que refuerzan prejuicios y conductas discriminatorias. Además, el temor a ser etiquetado puede dificultar la búsqueda de ayuda profesional (Corrigan et al., 2014).

Según Link y Phelan (2001), el estigma es un proceso social que se configura a partir de la interacción de varios componentes: el etiquetamiento de las diferencias humanas, la asociación de dichas etiquetas con estereotipos negativos, la separación entre "nosotros" y "ellos", así como la consecuente pérdida de estatus y discriminación. Estos procesos se desarrollan dentro de un contexto de poder que permite su mantenimiento y reproducción en la sociedad. Desde esta perspectiva, el estigma no solo implica creencias o prejuicios, sino que se traduce en consecuencias reales para las personas afectadas, como la exclusión social, la disminución de oportunidades y la vulneración de sus derechos. En el ámbito de la salud mental, este proceso resulta particularmente relevante, ya que las personas con trastornos mentales suelen ser etiquetadas bajo características negativas, lo que favorece su marginación dentro de la sociedad.

Asimismo, este modelo permite comprender que el estigma también impacta en el entorno familiar. Los familiares pueden experimentar lo que se conoce como "estigma por asociación", siendo igualmente objeto de prejuicios y discriminación por su vínculo con la persona diagnosticada. Además, en algunos casos, los propios familiares pueden internalizar estos estereotipos sociales y reproducir actitudes estigmatizantes, lo que influye negativamente tanto en su bienestar psicológico como en el proceso de recuperación del paciente (Corrigan et al., 2014).

2.2.1.3. Dimensiones del estigma social.

El estigma social hacia las enfermedades mentales presenta diferentes

dimensiones que influyen en la intensidad del rechazo y discriminación hacia los pacientes. Stangl et al. (2019) sostienen que una de las principales dimensiones es la posibilidad de ocultar la condición estigmatizada. Debido a que muchos trastornos mentales no presentan manifestaciones físicas visibles, las personas y sus familias enfrentan constantemente el dilema de revelar o esconder el diagnóstico.

Otra dimensión importante es la percepción de peligrosidad. Yin et al. (2020) señalan que los trastornos mentales suelen asociarse socialmente con violencia, agresividad e inestabilidad emocional, generando temor y rechazo. Estas creencias también pueden estar presentes dentro de las familias, favoreciendo conductas de vigilancia excesiva, sobreprotección o restricción de la autonomía del paciente.

Asimismo, la percepción de cronicidad constituye otra dimensión importante del estigma social. Muchas personas consideran que los trastornos mentales son permanentes e incurables, lo que refuerza sentimientos de desesperanza y exclusión social. Estas creencias pueden influir negativamente en las expectativas familiares respecto a la recuperación del paciente.

Adu et al. (2024) indican que otra dimensión relevante es la atribución de responsabilidad sobre la enfermedad. Cuando la enfermedad mental es interpretada como resultado de debilidad personal o falta de voluntad, aumentan las conductas de crítica, culpabilización y rechazo hacia el paciente, afectando la calidad de las relaciones familiares y el apoyo emocional brindado.

Considerando el desarrollo de estas dimensiones, se incorpora un aporte adicional relacionado con el instrumento utilizado para evaluar la variable de estigma social, el cual se estructura en cuatro dimensiones propuestas por Taylor y Dear (1981). La primera corresponde al autoritarismo, que refleja la percepción de las personas con enfermedades mentales como individuos inferiores e incapaces de asumir

responsabilidades o tomar decisiones de manera autónoma, favoreciendo actitudes de control y dominación. La segunda dimensión es la benevolencia, que evalúa las actitudes de protección y cuidado hacia estas personas; aunque dichas actitudes pueden expresar empatía y preocupación, también pueden manifestarse desde una perspectiva paternalista que limita su autonomía e independencia. La tercera dimensión, denominada rechazo social, hace referencia a la creencia de que las personas con enfermedades mentales representan un peligro para la sociedad, promoviendo actitudes de distanciamiento, exclusión y discriminación. Finalmente, la dimensión de ideología de la comunidad comprende las actitudes y creencias relacionadas con la aceptación de las personas con enfermedades mentales dentro de la comunidad, así como con su reinserción e integración en los distintos ámbitos de la vida social, reflejando el grado de disposición de la sociedad para convivir e incluir a esta población.

2.2.1.4. Características centrales del estigma Social.

El estigma social presenta características que permiten comprender cómo se mantiene y reproduce dentro de la sociedad y la familia. Kolb et al. (2023) señalan que el estigma social posee un carácter sistémico, debido a que los estereotipos negativos son difundidos constantemente mediante la cultura, los medios de comunicación y las interacciones sociales.

Como consecuencia, muchas personas desarrollan prejuicios implícitos hacia quienes presentan trastornos mentales, incluso sin ser plenamente conscientes de ello (Samari et al., 2022). Estas actitudes también pueden estar presentes dentro del núcleo familiar y expresarse mediante rechazo emocional, distanciamiento o desvalorización del paciente.

Otra característica importante del estigma social es la ambivalencia. Thornicroft et al. (2022) explican que las personas pueden experimentar simultáneamente

sentimientos de compasión y rechazo hacia quienes padecen enfermedades mentales. Dentro de la familia, esto puede reflejarse en relaciones caracterizadas por apoyo emocional acompañado de control excesivo, sobreprotección o limitación de la autonomía del paciente.

2.2.1.5. Causas del estigma social.

Las causas del estigma social hacia las enfermedades mentales son múltiples e incluyen factores cognitivos, sociales, culturales e institucionales. Silva et al. (2020) sostienen que las personas tienden a categorizar rápidamente a los demás mediante esquemas sociales simplificados, generando estereotipos negativos hacia quienes presentan conductas consideradas diferentes o anormales. En el caso del contexto familiar, algunos integrantes pueden desarrollar actitudes de rechazo o negación hacia el paciente para proteger la imagen social de la familia.

Kolb et al. (2023) señalan además que las instituciones y los medios de comunicación contribuyen significativamente al mantenimiento del estigma social, debido a que frecuentemente representan a las personas con enfermedades mentales como peligrosas, incapaces o impredecibles. Estas representaciones sociales influyen en las creencias familiares y favorecen la reproducción de conductas discriminatorias dentro del hogar. Entonces se precisa algunas causas que generan la estigmatización:

A) Cognición social

Vivimos inmersos en un mundo social cargado de información, por lo que las personas desarrollan estructuras mentales muy eficaces para procesarla. Una de estas estrategias consiste en categorizar a las personas mediante esquemas sociales, lo que permite realizar juicios rápidos. Este tipo de percepción puede transformarse fácilmente en estereotipos, los cuales ayudan a conservar recursos cognitivos, especialmente cuando se está bajo presión o cansancio. Así, es común que se perciba a quienes

pertenecen a grupos diferentes como homogéneos, sin considerar sus características individuales. Además, se tienden a establecer asociaciones automáticas entre aspectos negativos, como la violencia o la agresividad, y ciertos grupos sociales, incluidos quienes presentan trastornos mentales. Este tipo de prejuicios no siempre necesita de condiciones sociales extremadamente desiguales para manifestarse, ya que muchas veces surgen de procesos cognitivos habituales. Sin embargo, que estas tendencias existan no significa que el estigma sea inevitable, ya que las personas también pueden hacer un esfuerzo consciente por procesar la información de forma más compleja y superar estos estereotipos (Silva et al., 2020).

B) Refuerzo de la autoestima

Existen pruebas de que desvalorizar a miembros de grupos externos puede reforzar la autoestima individual y el sentido de pertenencia al grupo propio. Por ejemplo, cuando alguien experimenta una amenaza a su autoestima, puede recurrir a comentarios negativos sobre otros grupos como una forma de restablecer su autoimagen. Esto sugiere que estigmatizar a otros puede proporcionar una sensación momentánea de superioridad o control. Sin embargo, esta explicación no es suficiente por sí sola para entender por qué algunas personas o grupos son estigmatizados de manera sistemática en múltiples culturas. Tampoco explica la autoestigmatización, es decir, cuando los mismos individuos que pertenecen al grupo estigmatizado adoptan esas creencias negativas y experimentan una disminución de su autoestima. Aun así, el hecho de que el rechazo de otros grupos pueda aliviar temporalmente el malestar personal ayuda a entender por qué el estigma puede ser tan persistente (Jauch et al., 2024).

C) Apoyos institucionales

Las normas culturales y las instituciones frecuentemente sostienen y refuerzan la discriminación. Cuando existen leyes o prácticas institucionales que marginan a ciertos

grupos, esto suele justificarse mediante discursos que legitiman ese trato desigual. Más allá de lo legal, hay otros elementos culturales que también respaldan estos prejuicios. Por ejemplo, los productos culturales como los juguetes o los medios de comunicación a menudo refuerzan estereotipos, como ocurre con la representación de las personas con trastornos mentales, quienes son comúnmente mostradas como peligrosas, impredecibles o incapaces (Kolb et al., 2023).

Además, factores económicos también influyen. En épocas de crisis, cuando los recursos escasean, aumentan las reacciones negativas hacia aquellos percibidos como diferentes o desviados de la norma, lo que incrementa la estigmatización. El conflicto entre grupos se intensifica cuando sienten que compiten por recursos limitados, y el apoyo hacia personas con discapacidades mentales o trastornos psicológicos tiende a disminuir en contextos de dificultad económica. Otro factor relevante es el medio ambiente físico. Algunos estudios indican que los cambios climáticos, como el aumento de las temperaturas, pueden agravar los conflictos entre grupos. Esto es especialmente preocupante, ya que las personas con enfermedades mentales suelen ocupar los niveles más bajos de valoración social. En un mundo cada vez más afectado por el cambio climático, es probable que se acentúe la hostilidad hacia estos grupos marginados (Cevallos et al., 2020).

2.2.1.6. El estigma social en las enfermedades mentales

El estigma social asociado a las enfermedades mentales constituye una problemática persistente que afecta significativamente la calidad de vida, la inclusión social y el bienestar psicológico de las personas diagnosticadas. De acuerdo con Erving Goffman, el estigma social se relaciona con atributos desacreditadores que generan rechazo y pérdida de reconocimiento social hacia determinados grupos, especialmente aquellos percibidos como diferentes o desviados de las normas establecidas (Goffman,

2017).

En el ámbito de la salud mental, el estigma social se manifiesta mediante estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias dirigidas hacia las personas con trastornos mentales. Según los enfoques cognitivo-sociales, este fenómeno comprende dimensiones cognitivas y conductuales, donde las creencias negativas sobre la enfermedad mental favorecen actitudes de rechazo, miedo y exclusión social (Goffman, 2017). Entre los estereotipos más frecuentes destacan las percepciones de peligrosidad, incapacidad, imprevisibilidad y dependencia, las cuales afectan la manera en que la sociedad y las familias interactúan con el paciente.

Históricamente, las personas con enfermedades mentales fueron asociadas a explicaciones sobrenaturales o morales, lo que favoreció prácticas de aislamiento y exclusión. Sayed et al. (2021) señalan que, desde épocas antiguas, existía una tendencia social a evitar a quienes presentaban alteraciones mentales debido al temor y desconocimiento sobre estas condiciones. Aunque el conocimiento científico sobre salud mental ha evolucionado considerablemente, muchas creencias estigmatizantes continúan presentes tanto en la sociedad como dentro del entorno familiar.

Asimismo, Ahad et al. (2023) sostienen que, durante los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica, muchas personas con trastornos mentales fueron reintegradas a la comunidad sin contar con suficientes recursos sociales y familiares, situación que incrementó la vulnerabilidad social y reforzó el estigma social hacia esta población. Esto evidencia que el estigma no solo se manifiesta a nivel interpersonal, sino también en ámbitos estructurales relacionados con la educación, el empleo, la atención sanitaria y la integración comunitaria.

Dentro del contexto familiar, el estigma social adquiere particular relevancia debido a que la familia representa una de las principales fuentes de apoyo emocional y

social para el paciente. Sin embargo, Sheehan et al. (2022) mencionan que las creencias culturales negativas, el desconocimiento sobre salud mental y las experiencias adversas relacionadas con la enfermedad pueden favorecer el desarrollo de actitudes estigmatizantes por parte de los familiares.

En este sentido, algunos familiares pueden percibir a la persona con enfermedad mental como incapaz, peligrosa o impredecible, reproduciendo conductas de rechazo, sobreprotección, aislamiento o limitación de la autonomía del paciente. Estas actitudes afectan negativamente la adherencia al tratamiento, dificultan la recuperación psicosocial y favorecen el aislamiento social de la persona con enfermedad mental (Corrigan et al., 2014).

Por otro lado, Kehyayan et al. (2024) sostienen que el estigma social hacia las enfermedades mentales se aprende desde edades tempranas mediante la influencia de la familia, la educación y los medios de comunicación. Como consecuencia, muchas creencias discriminatorias se normalizan dentro de la convivencia familiar y terminan formando parte de las dinámicas cotidianas del hogar.

De igual manera, Kolb et al. (2023) plantean que existe una relación bidireccional entre exclusión social y trastornos mentales. El rechazo social puede agravar los síntomas psiquiátricos, mientras que el deterioro emocional del paciente incrementa las probabilidades de continuar siendo excluido y discriminado. Este proceso genera un círculo de estigmatización que afecta tanto la salud mental del paciente como la estabilidad emocional de la familia.

Por ello, es fundamental desarrollar estrategias de intervención orientadas a reducir el estigma social en el entorno familiar, mediante la promoción de la educación en salud mental, el fortalecimiento de la empatía y la participación activa de la familia en el proceso terapéutico y de rehabilitación psicosocial de la persona

con enfermedad mental. Estas acciones contribuyen a mejorar la convivencia familiar, favorecer la adherencia al tratamiento y promover la recuperación integral del paciente (Corrigan et al., 2012). En este contexto, es pertinente desarrollar dos aspectos:

A) Evitación de etiquetas

Goffman (2017) definió inicialmente el estigma como una marca que desacredita a una persona ante los demás. En el ámbito de la salud mental, estas marcas pueden relacionarse con características como el color de piel, el género, el tamaño corporal o la apariencia asociada a la pobreza; las mismas que puedes trasladarse a los diagnosticos psiquiátricos, los cuales pueden convertirse en atributos socialmente desacreditadores. Desde entonces, el concepto de estigma se ha vuelto más complejo, incluyendo no solo los signos externos que identifican a una persona como parte de un grupo estigmatizado, sino también las respuestas cognitivas (estereotipos), emocionales (prejuicios) y conductuales (discriminación) que estas señales provocan.

Los estereotipos funcionan como atajos cognitivos y sociales que generalizan características atribuidas a un grupo y adquieren significado a partir de la comparación entre diferentes grupos de personas. Aunque la población puede reconocer la existencia de estas creencias sobre las enfermedades mentales, no necesariamente las respalda. Sin embargo, cuando una persona acepta y está de acuerdo con dichos estereotipos, se configura el prejuicio, el cual genera evaluaciones emocionales negativas y, en última instancia, conduce a la discriminación. Esta se manifiesta en la pérdida de oportunidades para las personas con enfermedad mental, por ejemplo, al no ser contratadas laboralmente o al ser rechazadas para alquilar una vivienda (Samari et al., 2022).

Un tercer tipo de estigma está relacionado con la evasión de etiquetas, la cual

afecta de manera significativa el acceso de las personas a los servicios de salud mental. La búsqueda de atención psiquiátrica o psicológica puede generar estigmatización pública, ya que las personas son etiquetadas a partir de sus problemas de salud mental, lo que con frecuencia las lleva a evitar, retrasar o interrumpir el uso de servicios que podrían resultarles beneficiosos. Este fenómeno ha sido descrito como autoestigma en la búsqueda de ayuda psicológica y se refiere al rechazo de la condición de paciente de salud mental con el fin de evitar la etiqueta y las consecuencias sociales asociadas a ella (Yin et al., 2020).

Por otro lado, las familias pueden presentar creencias y actitudes que influyen negativamente en el proceso de tratamiento de la persona con enfermedad mental. La presencia de estigmas en algunos familiares puede dificultar la búsqueda de apoyo profesional y reducir la adherencia al tratamiento, generando consecuencias desfavorables para la evolución clínica del paciente. Asimismo, trastornos como los del espectro de la esquizofrenia pueden estar acompañados de anosognosia, una alteración neurológica caracterizada por la falta de conciencia de enfermedad, lo que dificulta aún más el reconocimiento de la necesidad de tratamiento y su continuidad. Este tipo de estigma también puede manifestarse entre los profesionales de la salud, influyendo en sus decisiones terapéuticas. Las percepciones estigmatizantes pueden llevar a asumir que las personas con enfermedades mentales tienen menos probabilidades de seguir las recomendaciones médicas, lo que puede traducirse en la oferta de menos alternativas terapéuticas, un cuidado insuficiente y peores resultados en salud (Rodrígues et al., 2025).

B) Desmanicomialización

Según Goffman, el uso de este término hace referencia a un incremento del estigma en base al etiquetamiento el mismo que es radicalizado por el autor; siguiendo

esta idea el autor expresa que toda enfermedad mental es etiquetada y esto se relaciona con los procesos en el tratamiento de la salud mental dentro de la sociedad y de las relaciones sociales" afirma que la sociedad homogeniza a los conjuntos y reprime a todo aquel que se desvié de los mismos. Por lo tanto, esta investigación busca reducir el estigma en base a la desmanicomialización y el uso adecuado de este término; debido a que este término involucra un proceso de estigmatización y esta misma suele ser mal interpretada, y se entiende porque no existe una definición específica de lo que es o a que se refiere, debido a que es un concepto que surge de acuerdo a cada experiencia y a cada discurso referente a la atención en la salud mental; "El concepto de desmanicomialización no es único, sino que, dependiendo de la posición de los agentes e instituciones en el campo y de los intereses puestos en juego, esta noción adquiere diferentes sentidos, que generan diferentes discursos" Barone y Herranz, (2010). En base a esto, a pesar de que no existe un concepto homogéneo sobre la desmanicomialización, existen características y patrones que hacen comprender las experiencias e iniciativas como parte de este proceso, y quizás la característica más importante es, como menciona Bianchi (2011) "cuando hablamos de desmanicomialización es que no debe haber una persona que por tener un padecimiento o una enfermedad tenga que perder el papel de sus derechos ciudadanos, su libre albedrío, su inclusión social". Esto se sustenta dentro de nuestro test CAMI y en sus dimensiones. Por lo tanto, cuando hablamos de desmanicomialización nos referimos a la humanización de las prácticas en salud mental, el apoyo familiar, la vinculación comunitaria, el tratamiento de la persona, y la recuperación de su papel como agente activo de la sociedad y portador de sus derechos.

2.2.1.7. El estigma social de las familias hacia las enfermedades mentales.

El estigma social ejercido por la familia hacia las personas con enfermedades

mentales constituye una problemática relevante en el campo de la salud mental, debido a que la familia representa uno de los principales espacios de convivencia, apoyo emocional y recuperación para la persona afectada. No obstante, diversas investigaciones han demostrado que las familias también pueden reproducir creencias sociales negativas y conductas estigmatizantes, influenciadas por prejuicios culturales asociados a la enfermedad mental (Corrigan et al., 2014).

Patrick W. Corrigan explica que el estigma social no solo proviene de la sociedad en general, sino que también puede originarse dentro del núcleo familiar mediante la internalización de estereotipos negativos asociados a peligrosidad, incapacidad o inestabilidad emocional. Como consecuencia, algunos familiares desarrollan actitudes de rechazo, desconfianza, vergüenza o temor hacia el paciente, afectando la dinámica familiar y el bienestar emocional del individuo (Corrigan et al., 2014).

Desde la perspectiva de Link y Phelan (2001), el estigma social implica procesos de etiquetamiento, separación social y pérdida de estatus. Dentro de la familia, estos procesos pueden manifestarse cuando el paciente es tratado como diferente, incapaz o dependiente debido a su diagnóstico psiquiátrico. Asimismo, algunos familiares limitan la participación del paciente en decisiones familiares, restringen su autonomía o lo excluyen de actividades cotidianas, reforzando sentimientos de inferioridad y aislamiento.

De igual manera, Silva et al. (2020) encontraron que las actitudes estigmatizantes dentro de las familias suelen expresarse mediante conductas de sobreprotección, evitación, rechazo o vigilancia excesiva hacia la persona con enfermedad mental. Aunque muchas de estas conductas pueden surgir desde la preocupación o el temor, terminan afectando negativamente el proceso de recuperación

del paciente y limitando su desarrollo personal y social.

Las creencias culturales y el desconocimiento sobre salud mental constituyen factores importantes en el mantenimiento del estigma social familiar. Algunos familiares continúan asociando los trastornos mentales con debilidad, incapacidad o peligrosidad, lo que favorece la discriminación y dificulta la búsqueda de ayuda profesional. Además, el temor al juicio social puede llevar a las familias a ocultar el diagnóstico, evitar hablar sobre la enfermedad o minimizar los síntomas del paciente.

Asimismo, Corrigan et al. (2014) describen el fenómeno denominado "estigma por asociación", mediante el cual los familiares también experimentan rechazo social por su vínculo con la persona diagnosticada. Esta situación puede generar sentimientos de culpa, vergüenza y sobrecarga emocional en los cuidadores, favoreciendo respuestas emocionales negativas dentro de la convivencia familiar.

Por otro lado, el estigma social familiar afecta directamente la adherencia al tratamiento y la rehabilitación psicosocial del paciente. Cuando el entorno familiar mantiene actitudes discriminatorias o desvalorizadoras, el paciente puede desarrollar sentimientos de inutilidad, baja autoestima, ansiedad y aislamiento social, dificultando su recuperación integral.

En consecuencia, el estigma social ejercido por la familia no solo repercute en el bienestar psicológico de la persona con enfermedad mental, sino también en el equilibrio emocional y funcionamiento del sistema familiar. Por ello, resulta necesario implementar estrategias psicoeducativas dirigidas a los familiares, orientadas a fortalecer el conocimiento sobre salud mental, reducir prejuicios y promover relaciones familiares basadas en el respeto, la empatía y el apoyo emocional.

2.2.2 Salud Mental

2.2.2.1 Aproximación hacia la definición

La salud mental es un componente clave en nuestro contexto actual. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente como la ausencia de enfermedad. En esta línea, una buena salud mental está directamente relacionada con el bienestar emocional y psicológico de las personas.

La salud mental, por tanto, constituye una parte fundamental e inseparable del bienestar general. No se limita únicamente a la ausencia de trastornos mentales, sino que implica también la capacidad de la persona para reconocer sus propias habilidades, afrontar adecuadamente las tensiones cotidianas, desempeñarse eficazmente en el ámbito laboral o académico y participar activamente en su comunidad (Fusar et al., 2020). En este sentido, la presente investigación considera que uno de los componentes más relevantes de la salud mental es el bienestar psicológico, ya que permite comprender el nivel de equilibrio emocional y funcionamiento personal del individuo. Por ello, aunque la variable principal de estudio corresponde a la salud mental, la investigación se aborda específicamente desde el enfoque del bienestar psicológico, debido a que este permite evaluar de manera más precisa los aspectos emocionales, cognitivos y adaptativos relacionados con el funcionamiento integral de la persona.

Desde la perspectiva de Leonard R. Derogatis, el bienestar psicológico se evalúa principalmente a través de la ausencia o baja intensidad de síntomas psicopatológicos y malestar emocional, medidos mediante instrumentos como el SCL-90-R. Bajo este enfoque, una adecuada salud mental se relaciona con menores niveles de ansiedad, depresión, somatización y otros indicadores de malestar psicológico, evidenciando así un mejor funcionamiento emocional y adaptación personal (Derogatis, 2000).

A partir de esta comprensión, es posible identificar tres aspectos esenciales: primero, la salud mental está integrada en la salud general; segundo, su definición va más allá de la simple ausencia de enfermedad; y tercero, se vincula estrechamente con el bienestar físico y social. Por ello, puede entenderse como la capacidad de pensar, aprender, gestionar las propias emociones y relacionarse adecuadamente con los demás (Coronel, 2022).

Los problemas de salud mental, a su vez, pueden variar ampliamente en cuanto a su frecuencia y gravedad. Algunos son menos comunes, como la psicosis o el trastorno bipolar; otros, como la depresión y la ansiedad, son mucho más frecuentes. Asimismo, ciertos trastornos pueden llegar a ser severos y prolongados en el tiempo, afectando significativamente la calidad de vida de quienes los padecen (Fusar et al., 2020).

2.2.2.2 Aspectos Evolutivos de la Salud mental

A lo largo de la historia, el entendimiento de lo que hoy llamamos enfermedades mentales ha estado fuertemente mediado por creencias religiosas, explicaciones mágicas y teorías científicas. En las sociedades prehistóricas, los comportamientos considerados "anormales" se atribuían a la posesión de espíritus. En la tradición judeocristiana, y en otras religiones, las alteraciones mentales eran interpretadas como castigos divinos o pruebas espirituales. En algunas culturas islámicas, estas condiciones han sido vistas como influencia de demonios, aunque también como desafíos personales que fortalecen la fe (Poon, 2020).

Civilizaciones antiguas como la china, la griega o la india, combinaron explicaciones sobrenaturales con rituales como exorcismos, para tratar estas manifestaciones. La medicina popular china, por ejemplo, entrelazaba elementos taoístas entre otras prácticas en las que se interpretaban síntomas como convulsiones o estados alterados de conciencia como signos de perturbación espiritual (Drake, 2023).

En contextos como el de Singapur, las posesiones espirituales aún forman parte del imaginario colectivo y son utilizadas como explicación para ciertas enfermedades dentro de la medicina popular. Pese al paso de los siglos y el avance de la ciencia, las fronteras entre lo que se considera salud y enfermedad mental siguen siendo difusas. Las teorías psicodinámicas, los modelos sociales del encierro y los actuales enfoques neurocientíficos han intentado dar explicaciones, pero ninguna ha logrado capturar en su totalidad la complejidad del fenómeno. La salud mental continúa siendo una construcción atravesada por factores históricos, culturales y personales, lo que nos obliga a pensarla más allá del diagnóstico, reconociendo su dimensión profundamente humana (Clarke, 2021).

2.2.2.3 Perspectivas Teóricas relacionadas a la salud mental

A) Perspectiva Biológica

Aunque entre la población general persistía la creencia en causas sobrenaturales de las enfermedades mentales, durante el periodo conocido como la Ilustración, comenzaron a surgir explicaciones naturalistas impulsadas por médicos griegos como Hipócrates y Galeno que fueron los primeros médicos consideraban que los trastornos mentales tenían su origen en patologías corporales, especialmente en el cerebro, y que las conductas desviadas eran consecuencia de alteraciones cerebrales. De acuerdo con la teoría de los cuatro humores, sostenían que los desequilibrios se presentaban en cuatro elementos básicos del cuerpo: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra generaban diferentes temperamentos, entre ellos la manía y la melancolía (Andersen et al., 2021).

En la época moderna, la explicación biológica ha sido profundamente influenciada por las neurociencias, que sostienen que la estructura y el funcionamiento cerebral determinan tanto la constitución humana como el comportamiento. El material genético contenido en las células de cada persona define sus características físicas, su

temperamento y su predisposición a diversas enfermedades. Así, los pensamientos, emociones y conductas humanas están vinculados a la actividad de las células nerviosas, y cualquier alteración en la estructura o el funcionamiento cerebral puede provocar cambios en estos aspectos. Desde esta perspectiva biológica, el mantenimiento de la salud mental y el tratamiento de los trastornos mentales se orientan hacia el uso de medicamentos que buscan corregir alteraciones en el cerebro. También se consideran las teorías bioquímicas, como la del desequilibrio de neurotransmisores, que plantean que las enfermedades mentales se deben a irregularidades químicas que afectan la comunicación neuronal (Syme et al., 2020).

Sin embargo, algunos enfoques señalan que, aunque el cuerpo influye en la conducta y los estados emocionales, también ocurre lo contrario: la mente puede afectar al cuerpo. Por este motivo, se sugiere que las intervenciones en salud mental no deben limitarse al uso de medicamentos, sino que también se deberían considerar alternativas naturales como una alimentación adecuada, el apoyo social, la meditación, el yoga, el ejercicio físico y prácticas de mindfulness. Diversas investigaciones sugieren que estas alternativas pueden ser igualmente efectivas en determinados contextos clinicos. Desde la psicología de la salud, además, se destaca la importancia de la prevención primaria, señalando que factores sociales, demográficos, situacionales y conductuales influyen en el riesgo de padecer enfermedades. Asimismo, acciones colectivas como la contaminación ambiental, los efectos del cambio climático y las condiciones socioeconómicas precarias también impactan negativamente en la salud física y mental (Richter y Dixon, 2023).

B) Perspectiva Psicológica

El debate entre las explicaciones espirituales y orgánicas de la salud mental fue replanteado con el resurgimiento de la investigación científica desde un enfoque

humanista, que incorporó la perspectiva psicológica y destacó la importancia de las emociones en la salud y la enfermedad mental. En la actualidad, las explicaciones psicológicas comprenden diversas orientaciones teóricas. Entre ellas, los modelos psicodinámicos sostienen que los trastornos mentales pueden originarse en traumas o ansiedades infantiles reprimidas y almacenadas en el inconsciente, las cuales se manifiestan posteriormente a través de síntomas que la persona no reconoce de manera consciente. Sigmund Freud fue uno de los primeros autores en desarrollar esta teoría, realizando la transición de la neurología a la psiquiatría y sentando las bases del psicoanálisis. Desde entonces, esta corriente ha evolucionado hacia enfoques centrados en las funciones del yo (ego) y en técnicas terapéuticas orientadas a revivir y elaborar los conflictos psíquicos, más allá de su mera comprensión intelectual. No obstante, el modelo psicodinámico ha sido objeto de críticas debido a su fuerte dependencia de estudios de caso individuales, a la dificultad para verificar empíricamente conceptos como el inconsciente y a su necesidad de que el paciente posea determinadas capacidades cognitivas y verbales (Heim et al., 2019).

Estas críticas impulsaron el surgimiento de explicaciones conductistas, basadas en los estudios de Ivan Pavlov sobre el condicionamiento clásico y su aplicación al comportamiento humano, incluyendo el comportamiento anómalo. John B. Watson y, posteriormente, B.F. Skinner desarrollaron la idea de que las conductas, incluidas las patológicas, son resultado de aprendizajes y reforzamientos defectuosos. Desde esta perspectiva, las estrategias terapéuticas buscan modificar conductas aprendidas, aunque el conductismo fue criticado por ignorar los factores internos que determinan el comportamiento (Poon, 2020).

En contraste, los modelos cognitivos reconocen la importancia de los procesos internos conscientes. Desde esta perspectiva, el comportamiento es el resultado de la

manera en que las personas interpretan sus experiencias a través de sus valores, creencias y esquemas cognitivos. Por ello, la modificación de una conducta desadaptativa implica intervenir sobre los pensamientos irracionales o disfuncionales que distorsionan la interpretación de la realidad. Aunque las terapias cognitivas ofrecen métodos estructurados, objetivos y con respaldo empírico, también han sido objeto de críticas, debido a que se sustentan en procesos mentales que, al igual que el inconsciente propuesto por el modelo psicodinámico, no son directamente observables (Neathery et al., 2020).

A pesar de la influencia del conductismo y el cognitivismo, surgieron también enfoques humanistas que cuestionaron la reducción del ser humano a simples productos de reforzamientos o procesos cognitivos. Desde esta perspectiva, el ser humano es un agente activo, capaz de tomar decisiones libres y de vivir de acuerdo a sus propios deseos y metas. La realidad de cada individuo se entiende mejor a través de sus experiencias únicas, una idea central en la fenomenología. Psicólogos como Abraham Maslow y Carl Rogers fueron pioneros en esta visión positiva de la naturaleza humana. Sin embargo, esta perspectiva ha sido criticada por su falta de rigor científico y su dificultad para generalizar a personas con trastornos mentales graves, ya que su enfoque parece más adecuado para individuos en busca de crecimiento personal (Bark et al., 2023).

Finalmente, la psicología positiva ha incorporado el estudio de los factores de riesgo y protección, particularmente en el desarrollo de la resiliencia, considerada clave en los procesos de recuperación de la salud mental. La resiliencia, entendida como la capacidad de enfrentar y superar adversidades, se asocia con enseñar a las personas habilidades de esperanza, optimismo y autoeficacia, lo que contribuye a una vida más plena y productiva. Las dimensiones de bienestar propuestas incluyen la autoaceptación,

relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito vital y crecimiento personal, principios que se reflejan también en prácticas de trabajo social basadas en fortalecer los recursos internos y promover la inclusión comunitaria (Fish, 2022).

C) Perspectiva Social sobre la Salud Mental

Más allá de las teorías centradas exclusivamente en el individuo, existen modelos que destacan cómo el comportamiento se configura a partir de las interacciones sistémicas entre la persona y su familia. En el ámbito del trabajo social, las intervenciones basadas en la perspectiva sistémica son consideradas prácticas fundamentales. Desde la teoría de los sistemas familiares, se entiende que los miembros de la familia están profundamente interconectados a lo largo del ciclo vital y que ni las personas ni sus problemas existen de manera aislada. Asimismo, se considera que la familia constituye uno de los sistemas más poderosos e influyentes en la vida del individuo, quien lleva consigo sus experiencias, recuerdos, cultura y dinámicas familiares en los distintos contextos en los que se desarrolla (Burton, 2023).

Una herramienta clave dentro de este enfoque es el genograma, entendido como una representación visual de la estructura familiar, las relaciones entre sus miembros, la historia familiar, los acontecimientos significativos, las necesidades y los recursos disponibles. Utilizado por trabajadores sociales y profesionales de la salud mental, el genograma no solo permite comprender al individuo dentro de su contexto familiar, sino que también constituye un instrumento útil para involucrar a los miembros de la familia en la construcción de una narrativa compartida orientada a la comprensión y resolución de problemas (Borsboom, 2017).

Desde el enfoque sistémico familiar, se plantea que el desarrollo de la personalidad está profundamente influenciado por las dinámicas familiares, especialmente por los patrones de interacción y comportamiento dentro del sistema

familiar. En este sentido, las dificultades psicológicas pueden comprenderse como resultado de relaciones familiares disfuncionales o interacciones poco saludables. Por ello, la intervención debe orientarse hacia el sistema familiar en su conjunto y no únicamente hacia el individuo, considerando las relaciones y procesos que influyen en su funcionamiento (Mercon et al., 2020).

Históricamente, este enfoque llevó a la aparición de etiquetas problemáticas como "madres esquizofrénicas", donde se culpaba a las familias por los trastornos mentales o las recaídas de los individuos. Actualmente, el énfasis en las fortalezas familiares dentro de teorías como la del riesgo y la resiliencia ha llevado a la inclusión activa de los familiares en el proceso de recuperación de personas con trastornos mentales o de abuso de sustancias. La familia es vista tanto como una parte afectada como un potencial apoyo para la persona con condiciones de salud mental (Ferguson et al., 2019).

E) Perspectiva Estructural sobre la Salud Mental

En los últimos años, Abarca-Brown (2024) señala que el llamado a promover una sociedad más inclusiva y justa a nivel global ha orientado la atención hacia los factores estructurales que influyen en la salud y la salud mental de las poblaciones vulnerables, incluyendo a las personas con problemas de salud mental. Si bien se han evidenciado avances en el desarrollo humano mediante la ampliación de servicios básicos de salud y otros servicios esenciales, estos progresos han sido desiguales, manteniéndose diversas situaciones de privación y desigualdad social.

Usando un enfoque analítico y holístico, se concluyó que el desarrollo humano implica tener “cosas que una persona valora ser o hacer”; contar con “una combinación de capacidades que puedan lograrse”; y tener “agencia para hacer o alcanzar lo que se

valora". El desarrollo humano se enfoca en la riqueza de las vidas humanas en lugar de en la riqueza de las economías, y es tanto un proceso como un resultado Elliot. (2016).

A partir de este enfoque fundamental del desarrollo humano, Clarke (2021) señala que la participación del trabajo social en la atención de la salud mental adopta una perspectiva basada en los derechos humanos y el fortalecimiento de capacidades, orientada a abordar las problemáticas relacionadas con la enfermedad mental y el bienestar. En este sentido, el desarrollo social, centrado en las fortalezas de las personas y en la eliminación de las injusticias estructurales que limitan el desarrollo de capacidades y la libertad de acción, constituye un componente fundamental de la agenda del trabajo social en salud mental. Este enfoque busca promover condiciones que favorezcan una vida digna, el acceso al conocimiento, la seguridad humana y el bienestar integral (Hastings et al., 2022).

Este enfoque de desarrollo social se articula con los enfoques individuales y grupales, integrándose en las prácticas de intervención micro y macro que se sustentan en marcos ecológicos y sistémicos empleados en el trabajo social y la atención profesional para la evaluación y resolución de problemáticas. De este modo, se relaciona con el paradigma contemporáneo de recuperación en salud mental, en el cual las personas usuarias de los servicios ejercen sus capacidades, derechos y participación activa en los aspectos sociales, médicos, económicos y legales vinculados con su cuidado y bienestar (Hatzenbuehler, 2016).

El proceso de recuperación implica la colaboración activa de diversos actores, incluyendo a las personas, sus familias y las comunidades, con el propósito de alcanzar mejores resultados en salud mental. Abarca-Brown et al. (2024) señalan que promover la agenda de recuperación permite fortalecer la visión de que tener una enfermedad mental no implica la imposibilidad de desarrollar una vida plena y significativa. Sin

embargo, para alcanzar condiciones de bienestar integral, resulta necesario considerar factores como la seguridad económica. Aunque la relación entre riqueza y felicidad continúa siendo objeto de debate, existe amplia evidencia sobre la interacción entre el nivel socioeconómico y la salud mental. En este sentido, los problemas de salud mental pueden afectar la continuidad educativa, la formación profesional y las oportunidades laborales, generando dificultades económicas y reduciendo la calidad de vida tanto de la persona como de su familia. De manera recíproca, las dificultades económicas pueden incrementar los niveles de estrés psicológico y constituir un factor que agrave los problemas de salud mental (Abarca-Brown et al., 2024).

De acuerdo con Hastings et al. (2022) la pobreza aumenta los riesgos de problemas de salud mental y puede ser tanto un factor causal como una consecuencia de la mala salud mental. La salud mental se ve moldeada por las características (incluidas las desigualdades) del entorno social, económico y físico en el que viven las personas. Apoyar exitosamente la salud mental y el bienestar de las personas que viven en la pobreza, y reducir el número de personas con problemas de salud mental que experimentan pobreza, requiere abordar esta complejidad.

Esta complejidad social, económica y ambiental se profundiza cuando se analiza desde un enfoque de ciclo vital, considerando las distintas etapas del desarrollo humano desde el nacimiento hasta la vejez. Las demandas sociales y económicas forman parte de la experiencia de todas las personas; sin embargo, cuando coinciden con periodos de transición, situaciones de crisis o problemas de salud física, los efectos de la adversidad y el estrés psicológico pueden incrementarse. En este contexto, la recuperación de las personas con enfermedades mentales que viven en condiciones de pobreza crónica puede verse dificultada debido a una mayor exposición a factores adversos, como menores niveles educativos, residencia en comunidades con escasos recursos y apoyo

social limitado, inseguridad alimentaria, redes de apoyo debilitadas, desempleo, estigmatización —incluido el autoestigma— y discriminación (Poon et al., 2020).

Comprender la relación entre el estrés financiero y la salud mental constituye un aspecto relevante tanto para la práctica micro como macro del trabajo social. En este sentido, Elliot et al. (2016) plantean que la salud mental debe ser analizada dentro de los estudios e investigaciones sobre pobreza y, de manera complementaria, la pobreza debe ser considerada dentro del análisis de los datos e investigaciones relacionados con la salud mental.

Además, las personas con problemas de salud mental pueden requerir orientación, apoyo y defensa para acceder y gestionar los diversos servicios disponibles en la comunidad, los cuales cuentan con criterios específicos de elegibilidad. Asimismo, algunas personas pueden necesitar asesoría y acompañamiento legal en situaciones relacionadas con la protección de derechos civiles, la estigmatización y discriminación, la legislación laboral, la prevención del abuso y la negligencia, así como la administración y resolución de dificultades económicas asociadas a deudas. En este sentido, Hatzenbuehler et al. (2016) destacan la importancia del acompañamiento profesional y la defensa de derechos como componentes esenciales dentro de la atención integral en salud mental.

Las perspectivas descritas evidencian que la salud mental constituye un fenómeno complejo y multidimensional, cuya comprensión requiere integrar factores biológicos, psicológicos, sociales y estructurales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Esta visión integral permite comprender que la evaluación de la salud mental no debe limitarse únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que debe considerar diversas dimensiones relacionadas con el funcionamiento humano, el bienestar y la capacidad de adaptación de las personas. En este contexto, diversos

autores han propuesto modelos dimensionales orientados a evaluar de manera más amplia el bienestar psicológico y la salud mental.

2.2.2.4 Dimensiones de la Salud Mental

La salud mental constituye un constructo multidimensional que abarca diversos aspectos del funcionamiento humano, por lo que no puede entenderse únicamente como la ausencia de trastornos mentales. En la actualidad, distintos autores coinciden en que la salud mental comprende dimensiones emocionales, psicológicas y sociales, las cuales permiten evaluar el bienestar integral de las personas. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) define la salud mental como un estado de bienestar que permite a las personas reconocer sus propias capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir activamente a su comunidad. Esta definición pone de manifiesto que la salud mental implica el adecuado funcionamiento de diversas áreas de la vida, más allá de la simple inexistencia de enfermedad.

La propuesta de Corey L. M. Keyes (2002), plantea que la salud mental positiva está conformada por tres dimensiones fundamentales: bienestar emocional, bienestar psicológico y bienestar social. Desde esta perspectiva, una persona con una salud mental óptima no solo experimenta emociones positivas, sino que también desarrolla adecuadamente sus capacidades personales y mantiene una interacción satisfactoria con la sociedad.

La primera dimensión corresponde al bienestar emocional, el cual hace referencia a la capacidad de experimentar emociones positivas, mantener satisfacción con la vida y regular adecuadamente los estados emocionales frente a las situaciones cotidianas. Esta dimensión comprende sentimientos de felicidad, tranquilidad,

optimismo y equilibrio afectivo, aspectos que favorecen el afrontamiento de las dificultades y fortalecen la adaptación del individuo. De acuerdo con Ryff (1989) y Keyes (2002), el bienestar emocional constituye un componente esencial para el funcionamiento saludable de las personas y representa uno de los principales indicadores de la salud mental positiva.

La segunda dimensión es el bienestar psicológico, relacionado con el desarrollo integral del individuo y el funcionamiento positivo de su personalidad. Ryff (1989) sostiene que esta dimensión está conformada por seis componentes: la autoaceptación, las relaciones positivas con los demás, la autonomía, el dominio del entorno, el propósito de vida y el crecimiento personal. En conjunto, estos elementos reflejan la capacidad de la persona para desenvolverse de manera eficaz, afrontar los desafíos cotidianos y mantener un proceso continuo de desarrollo personal.

La tercera dimensión corresponde al bienestar social, entendido como la percepción que tiene el individuo acerca de su integración y participación dentro de la sociedad. Keyes (1998) señala que este bienestar comprende cinco componentes: integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social. En este sentido, una adecuada salud mental implica que la persona se sienta parte de su comunidad, establezca relaciones satisfactorias con los demás y perciba que sus acciones contribuyen positivamente al bienestar colectivo.

Además de estas dimensiones ampliamente aceptadas, diversos autores han identificado otros componentes que contribuyen a una comprensión más integral de la salud mental. Entre ellos destaca la dimensión cognitiva, la cual comprende procesos como la memoria, la atención, el razonamiento, el aprendizaje y la resolución de problemas, funciones fundamentales para el desempeño cotidiano y la adaptación al

entorno (Beck, 1976). Asimismo, la dimensión conductual hace referencia a la capacidad de desarrollar comportamientos adaptativos, mantener hábitos saludables, ejercer autocontrol y responder de manera adecuada a las demandas del contexto, aspectos abordados desde la teoría social cognitiva propuesta por Bandura (1986).

Por otra parte, la dimensión interpersonal enfatiza la importancia de establecer relaciones afectivas saludables, desarrollar habilidades sociales y mantener vínculos basados en el respeto, la empatía y la cooperación, elementos considerados fundamentales para el bienestar psicológico y social (Ryff, 1989). Finalmente, algunos autores incorporan la dimensión espiritual o existencial, entendida como la capacidad para encontrar sentido y propósito en la vida, aspecto que favorece la resiliencia y el bienestar integral. Frankl (1963) sostiene que la búsqueda de significado constituye un recurso esencial para afrontar el sufrimiento y fortalecer la salud mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) señala que la salud mental constituye un estado de bienestar que permite a las personas desarrollar sus capacidades, afrontar las demandas de la vida cotidiana, participar en su comunidad y contribuir a la sociedad. En este sentido, las dimensiones descritas evidencian que la salud mental es un fenómeno complejo y multidimensional que integra componentes emocionales, psicológicos, sociales, cognitivos, conductuales, interpersonales y existenciales. Su estudio permite comprender de manera integral el funcionamiento humano y constituye un fundamento importante para el diseño de estrategias de promoción, prevención e intervención orientadas al fortalecimiento del bienestar de las personas.

Según Derogatis desarrolló el Symptom Checklist-90 (SCL-90) como un instrumento orientado a evaluar diferentes manifestaciones de sintomatología psicológica. Posteriormente, Davison et al. (1997) desarrollaron el Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) como una versión abreviada del SCL-90, conformada por 45 ítems distribuidos en nueve dimensiones sintomatológicas:

somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Estas dimensiones permiten valorar diferentes expresiones del malestar psicológico de manera multidimensional (Davison et al., 1997; Sandín et al., 2008). En este sentido, la **somatización** comprende el malestar expresado mediante molestias o alteraciones percibidas en el funcionamiento corporal; la **obsesión-compulsión** comprende pensamientos, impulsos y acciones persistentes que la persona experimenta como difíciles de controlar; la **sensibilidad interpersonal** se relaciona con sentimientos de inferioridad, inseguridad e inadecuación frente a otras personas; la **depresión** comprende manifestaciones vinculadas con tristeza, pérdida de motivación, disminución de energía y desesperanza; la **ansiedad** incluye nerviosismo, tensión, temor y otras respuestas asociadas a la activación ansiosa; la **hostilidad** comprende sentimientos, pensamientos y conductas relacionados con irritabilidad, enojo o ira; la **ansiedad fóbica** se refiere a respuestas persistentes y desproporcionadas de miedo que pueden generar evitación; la **ideación paranoide** comprende manifestaciones de suspicacia, desconfianza y pensamientos proyectivos; y el **psicoticismo** incluye experiencias asociadas con aislamiento, soledad, alteraciones perceptivas y dificultades relacionadas con el control del pensamiento (Sandín et al., 2008).

2.2.2.5 La relación del estigma social y la salud mental

Diversas investigaciones han demostrado que el estigma social constituye un factor relevante en la salud mental, afectando no solo a las personas con trastornos

mentales, sino también a su entorno familiar. Corrigan et al. (2014) explican que este fenómeno comprende un conjunto de estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias que influyen en la manera en que las personas con problemas de salud mental son percibidas y tratadas socialmente, repercutiendo en múltiples dimensiones del bienestar psicológico y social.

En el caso de los pacientes, el estigma social se asocia con mayores niveles de aislamiento, baja autoestima, ansiedad y depresión, además de actuar como una barrera significativa para la búsqueda de ayuda profesional y la adherencia al tratamiento. Sin embargo, su impacto no se limita a la persona diagnosticada. Los familiares, al formar parte del sistema de apoyo, también se ven afectados por este fenómeno, ya que pueden experimentar sobrecarga emocional, estrés y conflictos internos derivados de la convivencia con creencias estigmatizantes (Corrigan et al., 2014).

Desde el modelo de Link et al. (2001), el estigma se configura como un proceso social que incluye el etiquetamiento, la estereotipación y la discriminación dentro de un contexto de poder. En el ámbito familiar, estos procesos pueden manifestarse tanto en la internalización de creencias negativas como en su generación hacia el paciente, lo que influye en la dinámica relacional y en la calidad del apoyo brindado.

Asimismo, estudios en salud mental evidencian que el estigma puede contribuir a la generación de entornos familiares caracterizados por ambivalencia emocional, dificultades en la comunicación y distanciamiento afectivo, afectando el bienestar psicológico de sus integrantes. Esta situación no solo puede interferir en el proceso de recuperación de la persona con enfermedad mental, sino que también incrementa el riesgo de malestar psicológico en los cuidadores, generando un ciclo de afectación recíproca dentro del sistema familiar (Pearson et al., 2021).

En consecuencia, Thornicroft et al. (2022) señalan que el estigma social debe ser comprendido como un fenómeno que impacta de manera integral tanto en la persona como en su entorno, afectando la salud mental desde una perspectiva amplia. Por ello, resulta fundamental desarrollar intervenciones que incorporen a la familia, promoviendo procesos de psicoeducación, sensibilización y reducción de creencias estigmatizantes, con el propósito de favorecer entornos más saludables y contribuir a procesos de recuperación más efectivos.

En este contexto, resulta pertinente analizar cómo el estigma social ejercido por los familiares se relaciona con su propia salud mental, aspecto que constituye el eje central de la presente investigación.

2.3. Definición De Términos Básicos

Estigma: Erving Goffman (1964) define el estigma como la identificación que un grupo social crea sobre una persona, o grupo de personas, a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente del grupo original.

Estigma social: El estigma social es el conjunto de actitudes, creencias y conductas negativas que la sociedad manifiesta hacia personas o grupos considerados diferentes, generando etiquetamiento, discriminación, rechazo y exclusión social. Link y Phelan, (2001).

Salud Mental: La salud mental puede entenderse como la capacidad de una persona para pensar de forma clara y coherente, aprender y aplicar conocimientos en su vida diaria, reconocer y gestionar adecuadamente sus propias emociones, establecer relaciones sociales saludables y afrontar de manera constructiva las demandas y desafíos de la vida cotidiana. Herrman (2001). Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad. La buena salud mental está relacionada con el bienestar mental y psicológico.

Estigmatización: Es un proceso social en el que se etiquetan las diferencias humanas, se asocian con estereotipos negativos, se separa a las personas en categorías de "ellos" y "nosotros", y se produce pérdida de estatus y discriminación dentro de un contexto de poder (Bruce et al., 2001).

Pacientes: Existen básicamente dos visiones de la persona como paciente: El modelo biomédico, que define al paciente como una máquina corporal compuesta de partes separadas que interactúan para fines de funcionamiento; y el modelo humanista, que conceptúa al paciente como un sujeto encarnado en términos de mente y cuerpo integrados en una persona única (Calvo, 2022)

Familiares: El parentesco que forma un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, convivencia, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. Así mismo la OMS define a la familia como a un grupo de personas vinculadas por relaciones de parentesco, ya sea por sangre, matrimonio, adopción u otras relaciones significativas, que comparten un hogar y se apoyan mutuamente. (Conceptos basicos para el estudio de las familias, 2005)

Trastornos mentales: Se manifiestan mediante un conjunto de síntomas psicológicos y psicopatológicos que reflejan malestar emocional y alteraciones en el funcionamiento de la persona, afectando diversas áreas de su vida (Leonard R. Derogatis, 1994).

Son afecciones caracterizadas por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, se asocian con angustia o discapacidad funcional en ámbitos importantes de la vida (Organización Mundial de la Salud, 2025).

Enfermedad mental: Es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de una persona, que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que sustentan el funcionamiento mental (American Psychiatric Association, 2022).

3. Hipótesis Y Variables

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis General

Hi: Existe una relación significativa entre el estigma social y la salud mental en familiares de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.

H0: No existe una relación significativa entre el estigma social y la salud mental en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.

3.1.2. Hipótesis Específicos

H1: Existen diferencias significativas en los niveles de estigma social en familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.

Ho1: No existen diferencias significativas en los niveles de estigma social en familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.

H2: Existen diferencias significativas en la salud mental en familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.

Ho2: No existen diferencias significativas en la salud mental en familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.

H3: Existe relación significativa entre la salud mental y la dimensión de autoritarismo en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.

Ho3: No existe relación significativa entre la salud mental y la dimensión de autoritarismo en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.

H4: Existe relación significativa entre la salud mental y la dimensión de benevolencia en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.

Ho4: No existe relación significativa entre la salud mental y la dimensión benevolencia en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.

H5: Existe relación significativa entre la salud mental y la dimensión rechazo social en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.

Ho5: No existe relación significativa entre la salud mental y la dimensión rechazo social en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.

H6: Existe relación significativa entre la salud mental y la dimensión de ideología de la comunidad en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.

Ho6: No existe relación significativa entre la salud mental y la dimensión de ideología de la comunidad en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.

3.2. Especificación de variables

3.2.1. Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de la variable Estigma Social

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	N° de Ítems	Dimensión	Indicadores	Ítems	Nivel de Medición
Estigma Social	El estigma social es el conjunto de actitudes, creencias y conductas negativas que la sociedad manifiesta hacia personas o grupos considerados diferentes, generando etiquetamiento, discriminación, rechazo y exclusión social (Link y Phelan,	La variable será evaluada a través del Cuestionario de Community Attitudes Toward Mentally III (CAMI); está compuesto por 40 en escala Likert, desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. Sus dimensiones son las siguientes: autoritarismo, benevolencia, rechazo social e ideología de la comunidad.	10	Autoritarismo	• La necesidad de hospitalizar a las personas con enfermedades mentales • La diferencia entre las personas con enfermedades mentales y las personas normales • La relevancia del cuidado y protección hacia las personas con enfermedades mentales • La causa de la enfermedad	1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37	Totalmente de acuerdo = 5 De acuerdo = 4 Ni acuerdo ni Desacuerdo = 3 No estoy de acuerdo = 2 Totalmente en Desacuerdo = 1
			10	Benevolencia	•La responsabilidad de la sociedad con las personas con enfermedades mentales • La necesidad de actitudes comprensivas y amables •La voluntad de interactuar	2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38	

2001).			personalmente con las personas con enfermedades mentales • Actitudes en contra de la institucionalización	
	10	Rechazo social	• La peligrosidad de las personas con enfermedades mentales • Distanciamiento social • La falta de responsabilidad de los individuos con enfermedades mentales • La normalidad de las personas con enfermedades mentales	3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39
	10	Ideología de la comunidad	• Reconocer la importancia de la comunidad como parte del tratamiento • El impacto de servicios de salud mental en áreas residenciales • El peligro que representan las personas con enfermedades mentales • La favorabilidad de la atención des institucionalizada	4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40

Nota: Elaboración Propia

Tabla 2

Operacionalización de la variable Salud Mental

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	N° de Ítems	Dimensión	Indicadores	Ítems	Nivel de Medición
Salud Mental	La salud mental puede entenderse como la capacidad de una persona para pensar de forma clara y coherente, aprender y aplicar conocimientos en su vida diaria, reconocer y gestionar adecuadamente sus propias emociones, establecer relaciones sociales saludables y afrontar de manera constructiva las demandas y desafíos de la vida cotidiana»	La variable será evaluada a través del Inventario SA-45 (versión resumida del SCL-90): esta compuesta por 45 ítems en escala de Likert, desde nada hasta extremadamente. Sus dimensiones son las siguientes: depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatización, ansiedad, psicoticismo, obsesión-compulsión, ansiedad fóbica e ideación	5	Depresión	• Signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos • Vivencias disfóricas, de desánimo, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía. • Ideas autodestructivas • Manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos	9, 10, 11, 27, 42	Nada = 0 Un poco = 1 Moderadamente = 2 Bastante = 3 Extremadamente = 4
			5	Hostilidad	•Pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.	7, 34, 35, 39, 43	
			5	Sensibilidad	•Sentimientos de timidez y	14,	

(Herrman, 2001).	paranoide.		interpersonal	vergüenza • Tendencia a sentirse inferior a los demás • Hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas • Incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales	15, 17, 32, 36
		5	Somatización	•Síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal • Síntomas relacionados con alteraciones neurovegetativas en general • Síntomas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular constituye las manifestaciones psicosomáticas o funcionales	18, 23, 26, 29, 31
		5	Ansiedad	•Signos y síntomas propios de las manifestaciones clínicas de la ansiedad • Signos generales de	6, 12, 30, 38, 41

		tensión emocional y sus manifestaciones psicosomáticas	
5	Psicoticismo	• Sentimientos de alienación social	1, 4, 13, 33, 45
5	Obsesión-Compulsión	• Describe conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar. • Vivencias y fenómenos cognitivos característicos de los trastornos y personalidad obsesivas.	16, 20, 21, 25, 28
5	Ansiedad Fóbica	• Valorar las distintas variantes de la experiencia fóbica • Conductas evitativas o de huida • Síntomas relacionados con agorafobia y fobia social	3, 8, 22, 24, 37

	5	Ideación Paranoide	• Reconocer los distintos aspectos de la conducta paranoide • Características propias del pensamiento • Miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control	2, 5, 19, 40, 44

Nota: Elaboración Propia

4. Metodología

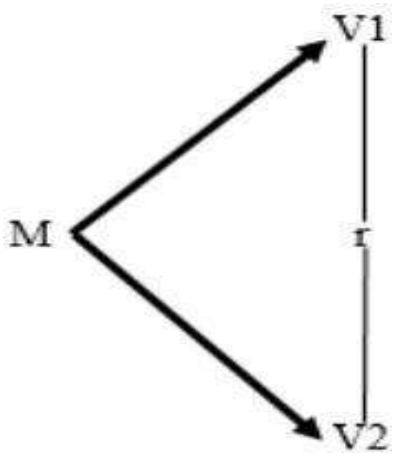
4.1. Tipo Investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo y corresponde al tipo de investigación básica o pura. De acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), el enfoque cuantitativo se caracteriza por la recolección de datos numéricos mediante instrumentos de medición válidos y confiables. Asimismo, este enfoque sigue un proceso sistemático, secuencial y empírico que busca garantizar la objetividad y la confiabilidad de los resultados. Por su parte, Sánchez et al. (2018) señalan que la investigación básica tiene como propósito generar y ampliar el conocimiento científico mediante la comprensión de los fenómenos, sin perseguir una aplicación práctica inmediata.

4.2. Diseño de Investigación

La investigación se desarrolló bajo un diseño no experimental, de corte transversal y de alcance correlacional. Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) sostienen que los estudios no experimentales se caracterizan por observar las variables en su contexto natural, sin manipulación deliberada por parte del investigador. Asimismo, el diseño es de corte transversal, debido a que la recolección de los datos se realizó en un único momento temporal. En cuanto al alcance correlacional, el propósito fue determinar el grado y la dirección de la relación existente entre el estigma social y la salud mental, sin establecer relaciones de causalidad. Para el análisis de dicha relación se empleó estadística inferencial bivariada mediante el coeficiente de correlación de Spearman, procedimiento que permitió establecer la fuerza y el sentido de la asociación entre las variables de investigación.

El diagrama de este estudio es el siguiente:



Donde:

M: Muestra de estudio

V1: Estigma social

r: relación

V2: Salud mental

4.3. Población y Muestra

4.3.1 Población

La población está constituida por familiares de los pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, es decir, familiares de pacientes de consulta externa (No hospitalizados) y familiares de pacientes internos (Hospitalizados) para poder realizar el análisis del total a nivel general.

El área de informática de la institución refirió que no existe un reporte medio de la cantidad de pacientes (hospitalizados y no hospitalizados) recibidos mensualmente y anualmente. Así mismo solo se registran los datos de los pacientes más no de los

familiares que los acompañan, por lo tanto, la población se considera de tamaño desconocido o indeterminado, lo cual, determina el tipo de muestreo en la siguiente sección.

4.3.1.1 Criterio de inclusión

- Los familiares de los pacientes que acepten de manera voluntaria ser parte de la investigación y firmen el consentimiento informado.
- Los familiares de los pacientes que se encuentren hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco.
- Ser mayores de 18 años.
- Se aplicó la prueba a familiares que mantengan contacto directo y frecuente con el paciente, ya sea mediante convivencia o acompañamiento, y que tengan conocimiento de su situación de salud mental.

4.3.1.2 Criterios de exclusión

- No ser familiares que convivan con los pacientes hospitalizados y no hospitalizados.
- Familiares que no acepten participar de manera voluntaria.
- No ser mayores de 18 años.

4.3.2 Muestra

La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por bola de nieve. De acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza, (2018) este criterio de muestra también lo nombran muestra en cadena o por redes (“bola de nieve”) indican que la muestra identifica participantes clave y se agregan a la muestra, se les pregunta si conocen a otras personas que puedan proporcionar más datos o ampliar la información y una vez contactados, los incluimos también. Por lo tanto, ello impide establecer de antemano un número fijo de participantes. La cantidad final de participantes dependerá del alcance de las redes de referencia entre los familiares, garantizando que todos cumplan con los criterios de inclusión previamente establecidos. Siendo asi que la

muestra final estuvo conformada por 160 familiares.

4.3.3 Muestreo

Se realizó la aplicación de los instrumentos dentro de la institución en un periodo de dos meses, debido a dos factores principales; en primer lugar, debido al tipo de muestra seleccionada (bola de nieve), lo cual implicó un proceso gradual de identificación y captación de los participantes; en segundo lugar, la afluencia de familiares que acuden al hospital no es elevada, lo que prolongó el tiempo necesario para reunir el número de participantes establecidos en la investigación; también influyeron los criterios establecidos de inclusión para investigación con base en: familiares que conviven con los pacientes de un hospital de salud mental, mayores de 18 años, que acepten de manera voluntaria participar en la evaluación y que hayan llenado el cuestionario de manera completa. Al ser un muestreo por bola de nieve no tenemos los sujetos seleccionados o un límite de personas para ser evaluadas.

4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica de recolección de datos empleada fue la encuesta, Como instrumentos se utilizaron el SA-45 y la escala CAMI.

4.4.1. Inventario SA-45: forma abreviada del SCL-90

Para medir la variable Salud mental se utilizó el inventario de síntomas revisado SA-45: forma abreviada del SCL-90; es un instrumento de autoinforme, desarrollado con el objetivo de evaluar el nivel de malestar psicológico que experimenta una persona. Comprende 45 ítems para detectar síntomas psiquiátricos, tiene una escala de respuesta de 0 a 4, donde 0 = Nada, 1 = Muy poco, 2 = Moderadamente, 3 = Bastante y 4 = Mucho. Con estas puntuaciones se caracteriza 9 dimensiones (Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Psicoticismo, Somatización, Obsesiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión y Ansiedad), también comprende tres índices globales en

psicopatología: el Índice de Gravedad Global (Global Severity Index, GSI), el índice de Malestar Positivo (Positive Symptom Distress, PSDI) y el Total de Síntomas Positivos (Positive Symptom Total, PST). El uso del SA-45: forma abreviada del SCL-90-R entre profesionales e investigadores de la salud mental puede atribuirse a tres características: (1) se trata de un inventario de fácil aplicación y corrección, (2) permite tamizar sintomatología en varios niveles de complejidad, y (3) exhibe buenas propiedades psicométricas (Gempp, 2015). El SCL-90-R fue validado para la población peruana

En un estudio realizado en la población Cusqueña por Alvarado (2019), se adaptó el SCL-90-R al contexto local, en el cual se aplicó a una muestra de 250 usuarios de un hospital público del Cusco. Mediante un análisis factorial exploratorio de componentes.

4.4.1.1 Validez de Constructo o Contenido de Inventario SA-45: forma abreviada del SCL-90

Se desarrolló la validez de contenido mediante la técnica de análisis de juicio de expertos, usando la V de Aiken que nos permite cuantificar la relevancia de los ítems respecto a un dominio de contenido a partir de las valoraciones de 5 jueces. Este coeficiente combina la facilidad del cálculo y la evaluación de los resultados a nivel estadístico.

4.4.1.2 Confiabilidad por Alfa de Cronbach

Para determinar la confiabilidad del instrumento SA-45 en este estudio, se tiene el alfa de Cronbach realizado en Cusco con un resultado de alfas ordinales altamente consistentes, es decir, desde 0.73 a 0.85 siendo coeficientes muy altos que indica que el instrumento y sus escalas son altamente fiables, aunque ya se tiene ese resultado, no se realizó en nuestra población específica por lo cual se

decidió hacer una prueba piloto, teniendo como resultado una data de 0,850 siendo una categoría buena.

4.4.2. Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad (CAMI)

Para la medición del estigma social en la muestra se utilizó la Escala de **Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental (Community Attitudes toward the Mentally Ill Scale - CAMI)**, desarrollada por Taylor y Dear en Toronto, Canadá, en 1981. Posteriormente, este instrumento fue adaptado al idioma español en población adolescente de Chile en el año 2015 y, finalmente, adaptado al contexto peruano por Gárate Reyes (2018). La escala tiene como objetivo evaluar las actitudes sociales hacia las personas con enfermedades mentales mediante cuatro dimensiones principales.

La primera dimensión corresponde al **autoritarismo**, la cual evalúa las creencias relacionadas con la percepción de las personas con enfermedad mental como inferiores, incapaces de asumir responsabilidades o tomar decisiones autónomas, favoreciendo actitudes de control hacia ellas. La segunda dimensión es la **benevolencia**, referida a las actitudes de protección, ayuda y cuidado hacia las personas con enfermedad mental; sin embargo, estas pueden manifestarse desde una postura paternalista que limita su autonomía. La tercera dimensión corresponde al **rechazo social**, relacionada con las creencias que consideran a las personas con enfermedad mental como peligrosas o como una amenaza para la sociedad, promoviendo actitudes de exclusión y distanciamiento. Finalmente, la dimensión de **ideología de la comunidad** evalúa las actitudes y creencias respecto a la aceptación, reinserción e integración social de las personas con enfermedad mental.

La CAMI está conformada por 40 ítems, distribuidos en cuatro dimensiones con 10 reactivos cada una. Cada dimensión incluye cinco ítems redactados en sentido

positivo y cinco en sentido negativo, estos últimos sometidos a un proceso de recodificación inversa. Los ítems se califican mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, donde 1 corresponde a “totalmente de acuerdo” y 5 a “totalmente en desacuerdo”. La puntuación total permite establecer los niveles de estigma social, clasificándose en: nivel bajo (40 a 93 puntos), nivel intermedio (94 a 147 puntos) y nivel alto (148 a 200 puntos).

4.4.2.1. Validez de Constructo o Contenido de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad (CAMI)

Se va desarrolló la validez de contenido mediante la técnica de análisis de juicio de expertos, usando la V de Aiken que nos permite cuantificar la relevancia de los ítems respecto a un dominio de contenido a partir de las valoraciones de 5 jueces. Este coeficiente combina la facilidad del cálculo y la evaluación de los resultados a nivel estadístico.

4.4.2.2. Confiabilidad por Alfa de Cronbach

Para determinar la confiabilidad del instrumento CAMI en este estudio, se decidió realizar una prueba piloto ya que en nuestro contexto (Cusco) no hay una data con el alfa de Cronbach, pero su confiabilidad a nivel nacional es de 0,806 siendo una categoría buena. Ya habiendo realizado la prueba piloto se tuvo como resultado una data de 0.741 siendo una categoría buena.

4.5. Procesamiento de Recolección de Datos

Para ejecutar la presente investigación se coordinó a través de una solicitud al jefe de personal de la Beneficencia del Cusco, para que nos autorice la aplicación de los instrumentos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, seguidamente se conversó y envió la solicitud al departamento de dirección administrativa. La evaluación se realizó de forma presencial a los familiares de los pacientes, a quienes

se les hizo firmar el consentimiento informado y posteriormente se dieron las instrucciones de forma verbal para el llenado de los instrumentos.

4.5.1 Procesamiento y Análisis de Datos

Para la calificación de la prueba se efectuó la suma de ítems por dimensión y por cada variable en general para la categorización basado en los baremos. Además, se hizo un análisis previo para mejorar la fiabilidad de los instrumentos realizando el juicio de expertos y prueba piloto.

Seguidamente se conformó la base de datos final el cual se exportó al programa estadístico IBM-SPSS. En primer lugar, se realizó el análisis de la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas y de las variables de investigación donde se hizo la tabulación en Excel para posteriormente hacer el tratamiento estadístico en el programa IBM-SPSS. Dentro del programa estadístico se realizó las tablas cruzadas para realizar la relación en función de los niveles de las dos variables de investigación. Finalmente se realizó el análisis estadístico de la parte comparativa y correlacional de las variables. Para obtener los gráficos y las tablas se hará el procesamiento inferencial donde se utilizó las técnicas de análisis bibariadas; La prueba de normalidad evidencio una distribución no normal, por lo que se empleó el coeficiente Rho de Spearman, la significancia y confiabilidad serán del 95% y una significancia del 5%. Se utilizó un software SPSS.27 para el análisis inferencial. Además, se empleó el método de ajuste de Bonferroni, para corregir el error de tipo I inflado sin aumentar indebidamente el error de tipo II con una corrección más estricta, dado que, es el más reservado para ver diferencias.

4.6. Aspectos éticos

Basados en las consideraciones de la Declaración de Helsinki sobre principios éticos para la investigación sobre sujetos humanos, se pidió a los participantes firmar el

consentimiento informado, donde se informa que su participación será libre y voluntaria, respetando el principio de autonomía individual e integridad de la investigación. Durante la aplicación de pruebas psicométricas se brinda información sobre los objetivos de la investigación y los propósitos de la aplicación de las pruebas psicométricas.

4.7 Matriz de Consistencia

Tabla 3

Matriz de Consistencia

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPOTESIS	HIPÓTESIS VARIABLES Y DIMENSIONES	INSTRUMENTOS	METODOLOGIA
¿Cuál es la relación que existe entre estigma social y salud mental en familiares de pacientes de un hospital de Salud Mental del Cusco, 2025? **PROBLEMAS ESPECÍFICOS** • ¿Cuáles son los niveles de estigma social en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025? • ¿Cuáles son los niveles de salud mental en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025? • ¿Existen diferencias en los niveles de estigma social entre familiares de pacientes	**Determinar la relación que existe entre el estigma social y salud mental en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025** **OBJETIVOS ESPECIFICOS** ● Describir los niveles de estigma social en familiares pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025. ● Describir los niveles de salud mental en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025. ● Comparar los niveles de estigma social en familiares de pacientes	**Hi: Existe relación directa entre estigma social y salud mental en familiares pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025** **H0: No existe correlación directa entre estigma social y salud mental en familiares pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025** **HIPÓTESIS ESPECÍFICA** ● H1: Existen diferencias significativas en los niveles de estigma social en familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco, 2025. ● Ho1: No existen diferencias significativas en los niveles de estigma social en familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.	**V_1: Estigma Social** Dimensiones: 1. Autoritarismo 2. Benevolencia 3. Rechazo social 4. Ideología de la comunidad **V_2: Salud Mental** Dimensiones 1. Hostilidad 2. Ansiedad Fóbica 3. Ideación Paranoide 4. Psicoticismo 5. Somatización 6. Obsesiones 7. Sensitividad Interpersonal 8. Depresión 9. Ansiedad	**I_1: Cuestionario de actitudes comunitarias frente a la enfermedad mental, Community attitudes towards mentally (CAMI) Adaptado a Perú el 2018** **Validez:** Juicio de Expertos **Confiabilidad:** confiabilidad de 0,741 con alfa de Cronbach que pertenece a la categoría buena **I_2: El inventario de síntomas revisado SA-45: forma abreviada del SCL-90; Derogatis, 1975**	**Enfoque:** Cuantitativo **Tipo:** Básico **Diseño:** No experimental transversal correlacional **Población y muestra:** Familiares de pacientes del hospital de Salud Mental San Juan Pablo II **Técnica:** cuestionario **Instrumentos:** ● I1: Cuestionario de actitudes comunitarias frente a la enfermedad mental,

hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco, 2025? • ¿Existen diferencias en los niveles de salud mental entre familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco, 2025? • ¿Cuál es la relación entre salud mental y la dimensión de autoritarismo en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025? • ¿Cuál es la relación entre salud mental y la dimensión benevolencia en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025? • ¿Cuál es la relación entre salud mental y la dimensión rechazo social en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025? • ¿Cuál es la relación entre salud mental y la	hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco, 2025. ● Comparar los niveles de salud mental en familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco, 2025. ● Existe una relación entre salud mental y la dimensión de autoritarismo en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025. ● Existe una relación significativa entre salud mental y la dimensión benevolencia en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025. ● Existe una relación significativa entre salud mental y la dimensión rechazo social en familiares de pacientes de un	• H2: Existen diferencias significativas en la salud mental en familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco, 2025. • Ho2: No existen diferencias significativas en la salud mental en familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados de un hospital de salud mental del Cusco, 2025. • H3: Existe relación significativa entre la salud mental y la dimensión de autoritarismo en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025. • Ho3: No existe relación significativa entre la salud mental y la dimensión de autoritarismo en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025. • H4: Existe relación significativa entre salud mental y la dimensión benevolencia en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025. • Ho4: No existe relación significativa entre salud mental y la dimensión benevolencia en familiares	**<u>Validez:</u>** Juicio de Expertos **<u>Confiabilidad</u>** confiabilidad de 0,850 con alfa de Cronbach que pertenece a la categoría buena	Community attitudes towards mentally (CAMI) 2018 ● I2: el inventario de síntomas SA-45 de L. Derogatis **Método de análisis de datos:** Estadístico descriptivo

dimensión de ideología de comunidad en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025?	hospital de salud mental del Cusco, 2025. ● Existe una relación significativa entre salud mental y la dimensión de ideología de comunidad en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.	de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025. • H5: Existe relación significativa entre la salud mental y la dimensión rechazo social en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025. • Ho5: No existe relación significativa entre la salud mental y la dimensión rechazo social en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025. • Ho6: Existe relación significativa entre salud mental y la dimensión de ideología de comunidad en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025. • H6: No existe relación significativa entre salud mental y la dimensión de ideología de comunidad en familiares de pacientes de un hospital de salud mental del Cusco, 2025.	

Nota: Elaboración Propia

5. Resultados

5.1. Descripción Sociodemográfica de la Investigación

Tabla 4

Distribución del sexo de los familiares

Sexo	***f***	***%***
Masculino	71	44.4%
Femenino	89	55.6%
Total	160	100.0%

La muestra estuvo conformada por 160 familiares de pacientes, de los cuales el 55.6% fueron mujeres y el 44.4% hombres, observándose un predominio de participantes de sexo femenino. Este resultado es consistente con investigaciones previas, donde las mujeres asumen con mayor frecuencia el rol de apoyo y acompañamiento de personas con problemas de salud mental. Esta diferencia puede deberse a factores socioculturales que asignan a las mujeres responsabilidades relacionadas con el cuidado y la atención emocional dentro del hogar.

Tabla 5

Distribución en función del estado civil de los familiares

	f	***%***
Soltero	77	48.1 %
Casado	64	40.0 %
Divorciado	15	9.4 %
Viudo	4	2.5 %
Total	160	100.0 %

En cuanto al estado civil, se observa que la mayoría de los familiares son solteros (48.1 %), seguidos por los casados (40.0 %), mientras que una proporción menor se encuentra divorciada (9.4 %) o viuda (2.5 %). Esta distribución indica que casi la mitad de los participantes no tiene pareja estable, lo que podría influir en sus niveles de apoyo emocional y social frente a la experiencia de cuidar o acompañar a un familiar con problemas de salud mental. Por otro lado, el porcentaje considerable de personas casadas sugiere que una parte importante de los cuidadores comparte responsabilidades familiares adicionales, lo que puede incrementar su carga emocional.

Tabla 6

Distribución del nivel de estudios en los familiares

	f	*%*
Sin estudios	1	0.6 %
Primaria	2	1.3 %
Secundaria	37	23.1 %
Superior	120	75.0 %
Total	160	100.0 %

Respecto al nivel educativo, la mayoría de los familiares cuenta con formación superior (75.0 %), seguida por quienes alcanzaron educación secundaria (23.1 %), mientras que un porcentaje mínimo posee educación primaria (1.3 %) o no tiene estudios (0.6 %). Esta distribución revela un predominio de participantes con un nivel educativo alto, lo que podría estar asociado a una mayor comprensión de los trastornos mentales y, por ende, a una posible reducción del estigma social. Asimismo, un mayor nivel educativo puede facilitar el acceso a información confiable y a recursos de apoyo, contribuyendo al afrontamiento más adecuado de la situación familiar

Tabla 7

Distribución de la ocupación de los familiares

	f	*%*
Ama de casa	19	11.9 %
Trabajo Independiente	69	43.1 %
Trabajo Dependiente	72	45.0 %
Total	160	100.0 %

La distribución de la ocupación de los familiares muestra que la mayoría se desempeña en actividades laborales formales o informales. En primer lugar, se observa que el 45.0 % de los familiares tiene una ocupación dependiente, es decir, trabaja bajo relación de subordinación o en instituciones donde perciben un salario fijo. En segundo lugar, el 43.1 % desarrolla trabajos independientes, lo que indica una importante presencia de personas dedicadas a actividades autónomas, posiblemente vinculadas al comercio o servicios informales. Finalmente, un 11.9 % de los familiares se identifica como amas de casa, grupo que, aunque menor, representa un sector que realiza labores no remuneradas dentro del hogar. En conjunto, estos resultados evidencian una ligera predominancia del empleo dependiente sobre el independiente, reflejando una diversidad ocupacional entre los familiares analizados.

Tabla 8

Distribución según la zona de residencia de los familiares

	F	***%***
Urbana	122	76.3 %
Rural	38	23.8 %
Total	160	100.0 %

En cuanto a la zona de residencia, la mayoría de los familiares proviene de áreas urbanas (76.3 %), mientras que el 23.8 % reside en zonas rurales. Esta distribución evidencia una marcada concentración de participantes en contextos urbanos, lo cual podría estar relacionado con la mayor accesibilidad a los servicios de salud mental en la ciudad del Cusco. En contraste, la menor representación de residentes rurales podría reflejar las limitaciones geográficas, económicas y culturales que dificultan el acceso oportuno a la atención especializada.

Tabla 9

Distribución según parentesco con el usuario del hospital

	f	***%***
Madre / Padre	56	35.0 %
Hijo/a	37	23.1 %
Hermano/a	51	31.9 %
Esposo/a o pareja	16	10.0 %
Total	160	100.0 %

En cuanto al parentesco con el usuario del hospital, se observa que el 35.0 % de los participantes son padres o madres del paciente, el 31.9 % son hermanos o hermanas, el 23.1 % son hijos o hijas, y el 10.0 % corresponde a esposos, esposas o parejas. Esta distribución muestra que la mayor parte de los familiares pertenece al núcleo directo del paciente, principalmente padres y hermanos, quienes suelen asumir el rol de cuidadores principales y de apoyo constante en el proceso terapéutico. La presencia de un número importante de hermanos e hijos refleja también la implicación de diferentes generaciones dentro del entorno familiar.

Tabla 10

Presencia de antecedentes de diagnóstico de salud mental en otros miembros de la familia

	F	***%***
Si	26	16.3 %
No	102	63.8 %
No sabe	32	20.0 %
Total	160	100.0 %

En relación con la presencia de diagnóstico de salud mental en la familia, se observa que el 63.8 % de los participantes indicó no tener antecedentes de trastornos mentales en otros miembros de su familia, mientras que el 16.3 % afirmó que sí existe algún diagnóstico, y un 20.0 % manifestó desconocerlo. Estos resultados evidencian que, aunque la mayoría no reporta antecedentes familiares, existe un grupo relevante que convive directamente con más de un caso o que no posee información clara sobre la salud mental de sus parientes. Este hallazgo es importante, ya que la existencia de múltiples casos dentro del núcleo familiar puede incrementar la carga emocional y la percepción de estigma, mientras que la falta de conocimiento sobre diagnósticos puede reflejar tabúes, negación o poca comunicación sobre temas de salud mental en el entorno familiar.

Tabla 11

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico del paciente hasta la evaluación del familiar

	f	%
Menos de 6 meses	56	35.0 %
De 6 meses a 1 año	37	23.1 %
1 a 3 años	23	14.4 %
Más de 3 años	44	27.5 %
Total	160	100.0 %

En cuanto al tiempo transcurrido desde el diagnóstico del paciente hasta el momento de la evaluación del familiar, se observa que el 35.0 % de los familiares indicó que el diagnóstico se había realizado hace menos de seis meses, mientras que el 23.1 % señaló un periodo de seis meses a un año. Asimismo, el 14.4 % manifestó que había transcurrido entre uno y tres años y el 27.5 % indicó un periodo mayor a tres años. Estos resultados permiten identificar diferentes niveles de experiencia de los familiares frente al proceso de atención y convivencia con un diagnóstico de salud mental. En particular, el 58.1 % de los familiares se encontraba dentro del primer año desde el diagnóstico, lo que evidencia que una proporción importante de participantes se encontraba atravesando un proceso relativamente reciente de adaptación a la situación de salud mental de su familiar. Por otro lado, el 41.9 % manifestó una experiencia de uno o más años, lo que indica que una parte importante de los participantes ya contaba con mayor tiempo de convivencia con esta situación. Esta información resulta relevante para la evaluación de las actitudes estigmatizantes y la salud mental, debido a que el tiempo de experiencia familiar frente al diagnóstico puede constituir un elemento contextual que debe considerarse al interpretar los resultados obtenidos.

Tabla 12

Distribución de hospitalizaciones por motivos de salud mental del familiar

	f	***%***
Ninguna	76	47.5 %
1 vez	52	32.5 %
2 a 3 veces	21	13.1 %
Más de 3 veces	11	6.9 %
Total	160	100.0 %

En relación con las hospitalizaciones por motivos de salud mental del paciente, se observa que el 47.5 % de los familiares indicó que su pariente nunca fue hospitalizado, el 32.5 % reportó una hospitalización, el 13.1 % señaló entre dos y tres, y el 6.9 % mencionó más de tres hospitalizaciones. Estos resultados evidencian que, aunque casi la mitad de los casos no ha requerido internamiento, una proporción importante ha experimentado una o más hospitalizaciones, lo cual puede generar un impacto emocional considerable en la familia. La recurrencia de internamientos suele asociarse con una mayor carga de cuidado, preocupación constante y posibles experiencias de estigmatización tanto dentro del entorno social como en el ámbito familiar.

Tabla 13

Participación en grupos de apoyo para familiares

	F	***%***
Si	30	18.8 %
No	130	81.3 %
Total	160	100.0 %

En cuanto a la participación en grupos de apoyo, se observa que solo el 18.8 % de los familiares ha formado parte de alguna iniciativa de este tipo, mientras que el 81.3 % indicó no haber participado en grupos de apoyo. Esta baja participación evidencia una limitada vinculación de las familias con redes formales de acompañamiento emocional o psicoeducativo, pese a su relevancia en el afrontamiento del cuidado y la reducción del estigma social. La ausencia de estos espacios puede deberse a la falta de información, disponibilidad de tiempo o escasa oferta institucional, lo que deja a muchos familiares afrontando el proceso de cuidado con menores redes de apoyo.

Tabla 14

Distribución del nivel de conocimiento sobre la condición de salud mental del familiar

	F	***%***
Nada	38	23.8 %
Poco	61	38.1 %
Algo	42	26.3 %
Bastante	19	11.9 %
Total	160	100.0 %

En cuanto al nivel de conocimiento sobre la condición de salud mental del paciente, el 38.1 % de los familiares manifestó conocer poco sobre el diagnóstico, el 26.3 % indicó saber algo, el 23.8 % señaló no tener ningún conocimiento, y solo el 11.9 % afirmó conocer bastante acerca de la condición. Esta distribución evidencia que la mayoría de los familiares posee un nivel limitado de información sobre la enfermedad mental de su pariente, lo cual puede influir negativamente en la manera en que enfrentan el proceso de cuidado y en la percepción del estigma social. La falta de conocimiento suele estar asociada con mayores actitudes de temor, incomprensión o culpa,

mientras que un mayor grado de información favorece la empatía, la aceptación y la búsqueda de apoyo profesional.

Tabla 15

Distribución del acceso a servicios de salud mental cercanos al hogar

	f	***%***
Si	68	42.5 %
No	81	50.6 %
Acceso Limitado	11	6.9 %
Total	160	100.0 %

En relación con el acceso a servicios de salud mental cercanos al hogar, el 50.6 % de los familiares señaló no contar con dichos servicios, el 42.5 % indicó que sí dispone de ellos, y un 6.9 % manifestó tener un acceso limitado. Estos resultados muestran que aproximadamente la mitad de las familias enfrenta barreras geográficas o de disponibilidad para acceder a atención especializada, lo cual puede retrasar el seguimiento del tratamiento y aumentar la carga emocional asociada al cuidado. La falta de servicios cercanos también puede contribuir a la persistencia del estigma social, al dificultar la normalización de la atención en salud mental dentro de la comunidad.

Tabla 16

Estado de hospitalización del familiar

	f	*%*
Hospitalizado	70	43.8 %
No hospitalizado	90	56.3 %
Total	160	100.0 %

En cuanto al estado de hospitalización, se observa que el 56.3 % de los familiares reportó que su pariente no se encuentra hospitalizado, mientras que el 43.8 % indicó que el paciente sí está hospitalizado al momento del estudio. Esta distribución refleja que una proporción considerable de las familias enfrenta actualmente una situación de internamiento, lo que puede implicar mayor carga emocional, preocupación y estrés debido al estado clínico del familiar y al entorno hospitalario. Por otro lado, aquellos cuyos parientes no están hospitalizados podrían encontrarse en fases de tratamiento ambulatorio o de recuperación, con niveles distintos de adaptación y percepción del estigma.

En conjunto, las características sociodemográficas muestran que la muestra estuvo conformada principalmente por mujeres, con nivel educativo superior, residentes en zonas urbanas y pertenecientes al núcleo familiar directo de los pacientes. Asimismo, se evidencia una limitada participación en grupos de apoyo y un bajo nivel de conocimiento sobre la condición de salud mental del familiar, aspectos que proporcionan un contexto relevante para la interpretación de los resultados inferenciales presentados en los siguientes apartados.

5.2 Estadística Descriptiva Aplicada al Estudio

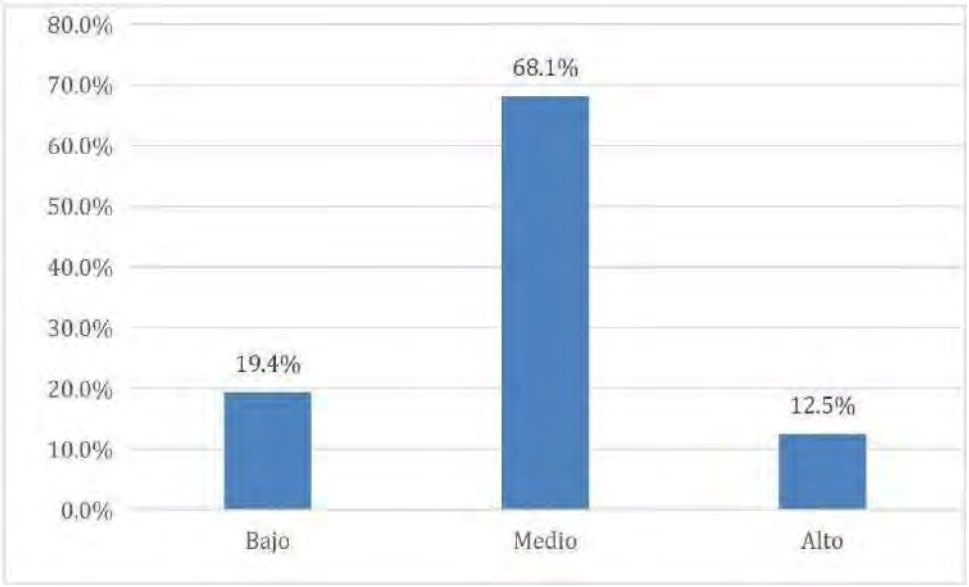
Tabla 17

Estadísticos descriptivos de los niveles de estigma social en familiares de pacientes

	F	***%***
Bajo	31	19.4 %
Medio	109	68.1 %
Alto	20	12.5 %
Total	160	100.0 %

Figura 1

Estadísticos descriptivos de los niveles de estigma social en familiares de pacientes



Los resultados descriptivos sobre los niveles de estigma social en familiares de pacientes revelan que la mayoría de los participantes se ubican en un nivel medio de estigma, con un total de 109 personas, lo que representa el 68.1 % del total de la muestra. En contraste, un 19.4 % (equivalente a 31 familiares) manifestó un nivel bajo

de estigma social, mientras que solo 20 participantes (12.5 %) alcanzaron un nivel alto. Estos datos evidencian que, en general, los familiares presentan actitudes estigmatizantes en un grado moderado, lo que evidencia la persistencia de actitudes estigmatizantes de intensidad moderada dentro del entorno familiar, las cuales podrían influir en la calidad del apoyo brindado al paciente.

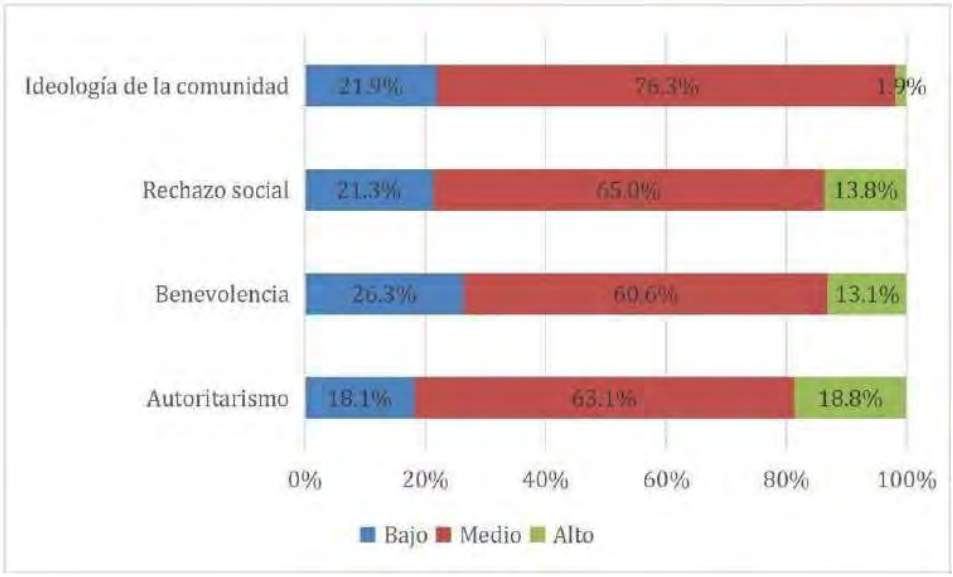
Tabla 18

Estadísticos descriptivos de las dimensiones de estigma social

Dimensiones	Autoritarismo	Benevolencia	Rechazo social	Ideología de la comunidad
Bajo	29	42	34	35
Medio	101	97	104	122
Alto	30	21	22	3
Total	160	160	160	160

Figura 2

Estadísticos descriptivos de las dimensiones de estigma social (%)



El análisis de las dimensiones del estigma social en familiares de pacientes muestra una predominancia de niveles medios en todas las categorías, lo que indica actitudes moderadas frente a la enfermedad mental. En Autoritarismo, el 63.1 % se ubicó en nivel medio, reflejando creencias parcialmente tradicionales sobre el control y la institucionalización. En Benevolencia, el 60.6 % mostró una disposición moderada hacia actitudes comprensivas, aunque no plenamente favorables. En Rechazo social, el 65.0 % evidenció una postura intermedia, con cierta persistencia de estigmas. Finalmente, en Ideología de la comunidad, el 76.3 % alcanzó un nivel medio, lo que sugiere una aceptación parcial de la integración comunitaria. En conjunto, los resultados reflejan una tendencia hacia actitudes moderadas, reflejando una tendencia hacia actitudes moderadas respecto a las personas con enfermedad mental.

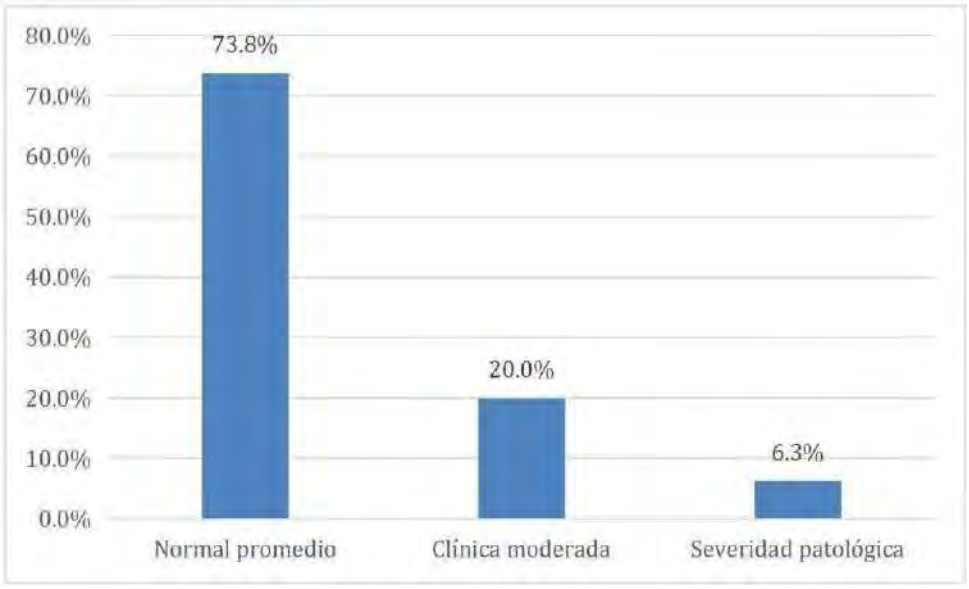
Tabla 19

Estadísticos descriptivos de los niveles de salud mental en familiares de los pacientes

	f	*%*
Normal promedio	118	73.8 %
Clínica moderada	32	20.0 %
Severidad patológica	10	6.3 %
Total	160	100.0 %

Figura 3

Estadísticos descriptivos de los niveles de salud mental en familiares de los pacientes



Al analizar los niveles de salud mental en los familiares de los pacientes, se observa una distribución predominantemente favorable. La mayoría de los participantes, equivalente al 73.8 % (118 familiares), se encuentra dentro del rango normal o promedio, lo que indica un adecuado equilibrio emocional y psicológico. Sin embargo, un 20.0 % (32 familiares) presenta un nivel de salud mental clínica moderada, lo que sugiere la existencia de síntomas leves o transitorios de afectación emocional. Por otro lado, un 6.3 % (10 familiares) manifiesta severidad patológica, evidenciando un estado de salud mental más comprometido que podría requerir apoyo profesional. En general, estos resultados reflejan que, si bien la mayoría de los familiares mantiene un bienestar psicológico estable, existe un grupo que muestra señales de malestar psicológico, lo que indica la presencia de diferentes niveles de afectación en un grupo reducido de familiares y las demandas derivadas del cuidado del paciente.

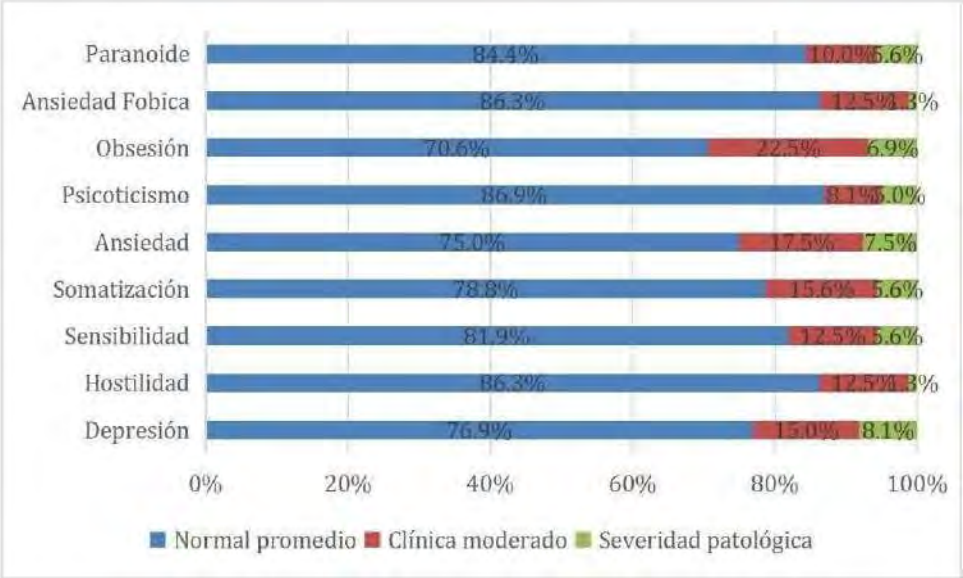
Tabla 20

Estadísticos descriptivos de las dimensiones de salud mental

Dimensiones	Normal promedio	Clínica moderada	Severidad patológica	Total
Depresión	123	24	13	160
Hostilidad	138	20	2	160
Sensibilidad	131	20	9	160
Somatización	126	25	9	160
Ansiedad	120	28	12	160
Psicoticismo	139	13	8	160
Obsesión	113	36	11	160
Ansiedad Fóbica	138	20	2	160
Paranoide	135	16	9	160

Figura 4

Estadísticos descriptivos de las dimensiones de salud mental (%)



El análisis de las dimensiones de la salud mental en familiares de pacientes evidencia un predominio de niveles normales o promedios en la mayoría de las áreas evaluadas, lo que sugiere un buen estado general de bienestar psicológico. Las proporciones más altas de normalidad se observan en Psicoticismo (86.9 %), Hostilidad (86.3 %), Ansiedad fóbica (86.3 %) e Ideación paranoide (84.4 %), lo que indica una baja presencia de pensamientos desadaptativos, agresividad o conductas de evitación extrema. Asimismo, dimensiones como Sensibilidad interpersonal (81.9 %), Somatización (78.8 %), Depresión (76.9 %) y Ansiedad general (75.0 %) también muestran predominio de niveles normales, aunque con porcentajes ligeramente menores, lo que sugiere cierto malestar emocional moderada en algunos familiares. Los niveles clínicos moderados alcanzan sus mayores proporciones en Obsesión-compulsión (22.5 %) y Ansiedad general (17.5 %), reflejando la presencia de preocupaciones

persistentes y tensión emocional en una parte del grupo. En cuanto a la severidad patológica, los valores son bajos en todas las dimensiones, destacando Depresión (8.1%) y Ansiedad (7.5%) como las más afectadas, lo que indica que solo una minoría presenta síntomas de gravedad clínica. En síntesis, los resultados muestran que la mayoría de los familiares mantiene un equilibrio emocional adecuado, aunque existe un sector vulnerable que presenta signos moderados de estrés, ansiedad y pensamientos obsesivos, se observa la presencia de síntomas moderados en un grupo reducido de familiares.

Tabla 21

Niveles de salud mental en familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados

			Hospitalizados		
			Hospitalizado	Hospitalizado	Total
Salud Mental	Normal promedio	*F*	55	63	118
		%	34,4 %	39,4 %	73,8 %
	Clínica moderada	*F*	13	19	32
		%	8,1 %	11,9 %	20,0 %
	Severidad patológica	*F*	2	8	10
		%	1,3 %	5,0 %	6,3 %
Total		*F*	70	90	160
		%	43,8 %	56,3 %	100,0 %

Los resultados muestran que la mayoría de los familiares de pacientes, tanto hospitalizados como no hospitalizados, presentan un nivel normal o promedio de salud mental (73.8%), siendo ligeramente mayor en los familiares de no hospitalizados (39.4%). El 20.0% se ubica en el nivel clínico moderado, con proporciones similares entre ambos grupos, mientras que el 6.3% presenta severidad patológica, predominando en los familiares de pacientes no hospitalizados (5.0%). En conjunto, se evidencia un buen estado general de salud mental, observándose una mayor proporción de severidad patológica entre familiares de pacientes no hospitalizados.

Tabla 22

Niveles de estigma social en familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados

			Hospitalizados		Total
			Hospitalizado	Hospitalizado	
Estigma social	Bajo		11	20	31
		%	6,9 %	12,5 %	19,4 %
	Medio	*F*	50	59	109
		%	31,3 %	36,9 %	68,1 %
	Alto	*F*	9	11	20
		%	5,6 %	6,9 %	12,5 %
Total			70	90	160
		%	43,8 %	56,3 %	100,0 %

Los resultados sobre los niveles de estigma social en familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados muestran que la mayoría de los participantes se ubican en el nivel medio de estigma (68.1 %), tanto en familiares de hospitalizados (31.3 %) como de no hospitalizados (36.9 %), lo que refleja la presencia de actitudes moderadas hacia la enfermedad mental. En el nivel bajo, se encuentra el 19.4 % del total, con mayor proporción en familiares de no hospitalizados (12.5 %), mientras que el nivel alto representa solo el 12.5 %, distribuido de forma similar entre ambos grupos. En conjunto, los datos evidencian que el estigma social tiende a ser moderado en la mayoría de los familiares, observándose una ligera mayor frecuencia del nivel bajo de estigma en familiares de pacientes no hospitalizados.

5.3 Estadística Inferencia Aplicada al Estudio

Tabla 23

Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov

Variables	K-S	N	P
Salud Mental	0,160	160	0,000
Estigma Social	0,090	160	0,003
Autoritarismo	0,110	160	0,000
Benevolencia	0,077	160	0,021
Rechazo social	0,109	160	0,000
Ideología de la comunidad	0,107	160	0,000

Los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov evidencian que ninguna de las variables analizadas sigue una distribución normal, dado que en todos los casos el valor de significancia (p) es menor a 0.05. En específico, las variables Salud Mental (p = 0.000), Estigma Social (p = 0.003), Autoritarismo (p = 0.000), Benevolencia (p = 0.021), Rechazo social (p = 0.000) e Ideología de la comunidad (p = 0.000) presentan desviaciones significativas respecto a la normalidad. Por lo tanto, se concluye que los datos no cumplen con el supuesto de normalidad, por lo que se decidió emplear pruebas estadísticas no paramétricas para el análisis inferencial posterior.

Tabla 24

Relación entre el estigma social y salud mental en familiares

			Salud Mental
Rho de Spearman	**Estigma social**	Coeficiente de correlación	-,478**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	160

El análisis de relación de Spearman muestra una relación negativa y significativa de intensidad moderada entre el estigma social y la salud mental en los familiares de pacientes (rho= -0.478; p = 0.000). Esto indica que, a medida que aumentan los niveles de estigma social (actitudes estigmatizantes), se incrementan los síntomas de malestar psicológico (la salud mental se deteriora). En otras palabras, aquellos que presentan actitudes más estigmatizantes hacia la enfermedad mental muestran menores signos de bienestar psicológico. La significancia estadística confirma que esta asociación es fuerte y no producto del azar, evidenciando una asociación negativa del estigma social sobre la salud mental familiar.

Tabla 25

Relación entre la dimensión de autoritarismo y salud mental en familiares

			Salud Mental
Rho de Spearman	**Autoritarismo**	Coeficiente de correlación	-,506**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	160

El coeficiente de correlación de Spearman obtenido (Rho = –0.506; p < 0.001) indica una relación negativa y estadísticamente significativa de intensidad moderada entre la salud mental y la dimensión de autoritarismo del estigma social. Esto significa que, a medida que aumenta el bienestar psicológico, disminuyen las actitudes autoritarias hacia las personas con trastornos mentales. En otras palabras, los individuos con mejor salud mental tienden a mostrar menor rigidez, control y prejuicio frente a quienes presentan problemas psicológicos, evidenciando una mayor apertura y comprensión.

Tabla 26

Relación entre la dimensión de Benevolencia y salud mental en familiares

			Salud Mental
Rho de Spearman	**Benevolencia**	Coeficiente de correlación	-,467**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	160

El coeficiente de correlación de Spearman (Rho = –0.467; p < 0.001) revela una relación negativa y significativa de intensidad moderada entre la salud mental y la benevolencia, dimensión que refleja actitudes compasivas o paternalistas hacia las personas con enfermedad mental. Este resultado indica que, conforme aumenta el nivel de bienestar psicológico, las actitudes benevolentes tienden a disminuir.

En otras palabras, los individuos con mejor salud mental tienden a mostrar menores actitudes paternalistas y compasivas. Aunque en apariencia la benevolencia podría considerarse positiva, se entiende que representa una forma sutil de estigma, ya

que implica una actitud de protección o condescendencia, más que una auténtica aceptación basada en la igualdad.

Tabla 27

Relación entre la dimensión de Rechazo social y salud mental en familiares

			Salud Mental
Rho de Spearman	**Rechazo social**	Coeficiente de correlación	-,417**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	160

El coeficiente de correlación de Spearman (Rho = –0.417; p < 0.001) evidencia una relación negativa y significativa con intensidad moderada entre la salud mental y la dimensión de rechazo social. Esto significa que, a medida que los niveles de salud mental aumentan, disminuye la tendencia a mantener actitudes de rechazo o exclusión hacia las personas con trastornos mentales. En términos prácticos, quienes gozan de un mayor bienestar psicológico suelen mostrar menor distancia social, mayor tolerancia y disposición a la convivencia con personas que padecen enfermedades mentales.

Tabla 28

Relación entre la dimensión de Ideología de la comunidad y salud mental en familiares

			Salud Mental
Rho de Spearman	**Ideología de la comunidad**	Coeficiente de correlación	-,361**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	160

El análisis de la correlación de Spearman entre la dimensión de Ideología de la comunidad y la salud mental en familiares de pacientes muestra una relación negativa y significativa con intensidad moderada (rho= -0.361; p = 0.000). Este resultado indica que, a mayor presencia de creencias tradicionales o restrictivas sobre el papel de la comunidad como la percepción del peligro que representan las personas con enfermedades mentales o la resistencia a los servicios de atención des institucionalizados, se observa un menor nivel de salud mental en los familiares. En otras palabras, las actitudes poco favorables hacia la integración comunitaria y el tratamiento inclusivo se asocian con mayor malestar psicológico, sugiriendo que una visión comunitaria limitada podría influir negativamente en el bienestar emocional de quienes conviven o cuidan a personas con enfermedad mental.

6. Discusión

Con relación al objetivo general

En cumplimiento del objetivo general de establecer la relación entre el estigma social y la salud mental en familiares de pacientes del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II, Cusco – 2025, los resultados evidenciaron una relación negativa, significativa y de intensidad moderada entre ambas variables (rho = -0.478; $p < 0.001$), lo que indica que, a mayor presencia de actitudes estigmatizantes en los familiares, menor es el nivel de la salud mental. Cabe destacar que son precisamente los familiares quienes actúan como agentes primarios de estigmatización hacia el paciente: antes que la sociedad en general, es el entorno familiar el primer espacio donde el paciente experimenta el rechazo, la incomprensión y la discriminación por razón de su enfermedad mental. Esto permite comprender que las actitudes estigmatizantes presentes dentro del hogar no solo afectan el proceso de recuperación del paciente, sino que también repercuten negativamente en el bienestar psicológico y emocional de los propios familiares.

Este hallazgo coincide con lo reportado por Shalaby et al. (2025), quienes encontraron que el 64% de los familiares manifestó estigma dirigido hacia el paciente, evidenciando que las actitudes negativas emergen con mayor frecuencia desde el entorno más cercano. De manera complementaria, Salcedo et al. (2021) identificaron que los familiares presentan conductas de intolerancia, incomprensión y rechazo que afectan directamente la dinámica familiar y el bienestar del paciente. En la misma línea, Manrique y Salazar (2023) constataron que la estigmatización social se asocia significativamente con síntomas de depresión y ansiedad, lo cual respalda la relación encontrada en el presente estudio y refuerza la idea de que estigmatizar deteriora también la salud mental de quien lo ejerce.

Desde el modelo teórico de Corrigan (como se citó en Thornicroft et al., 2022), el estigma se compone de estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias. En el contexto

familiar, los familiares pueden percibir al paciente como incapaz, peligroso o impredecible, reproduciendo conductas de sobreprotección, rechazo o limitación de autonomía. Estas actitudes, al ser ejercidas por las personas más cercanas al paciente, tienen un impacto devastador en su autoestima y proceso de recuperación, pero paradójicamente también deterioran la salud mental de quienes las ejercen, generando sentimientos de culpa, frustración y agotamiento emocional. Del mismo modo, Link y Phelan (como se citó en Corrigan et al., 2022) explican que el estigma implica procesos de etiquetamiento, separación y pérdida de estatus social; en el ambiente familiar, esto se manifiesta cuando el paciente es tratado de forma diferente, excluido de las decisiones del hogar o definido únicamente a través de su diagnóstico. Este estigma de primer orden, originado dentro del hogar, es especialmente dañino porque ocurre en el espacio que debería constituir el mayor soporte de seguridad y apoyo para el paciente.

Desde la perspectiva sistémica, la familia funciona como un sistema interdependiente; por ello, las actitudes estigmatizantes dirigidas hacia uno de sus integrantes repercuten inevitablemente sobre todo el núcleo familiar (Burton, 2023). La tensión emocional generada por el estigma ejercido desde adentro crea ambientes caracterizados por comunicación disfuncional, ambivalencia afectiva y estrés crónico, deteriorando progresivamente la salud mental de todos los miembros del sistema. Cabe destacar también la naturaleza ambivalente con que el estigma familiar suele manifestarse: los familiares oscilan entre la compasión y el rechazo, entre el deseo de ayudar y la vergüenza ante la enfermedad. Esta tensión, señalada por Thornicroft et al. (2022), se debe a la coexistencia de valores igualitaristas e individualistas en las sociedades modernas, lo que explica por qué el estigma familiar rara vez adopta formas explícitas, sino que se expresa de manera sutil pero sostenida en el tiempo.

Por otro lado, el objetivo específico 1, los resultados evidenciaron que el 68.1% de los familiares presenta un nivel medio, seguido de un 19.4% con nivel bajo y un 12.5% con nivel

alto. Este predominio del nivel medio no debe interpretarse como ausencia de estigma, sino como la presencia de actitudes estigmatizantes que, aunque no siempre explícitas, operan de manera encubierta en el trato cotidiano hacia el paciente. Son los propios familiares quienes en primera instancia reproducen y consolidan el estigma, antes de que este se extienda hacia el entorno social más amplio. Estos hallazgos son consistentes con Pacheco (2022) y Zorrilla (2023), quienes encontraron predominancia de niveles intermedios de estigmatización en la población estudiada. Asimismo, Salcedo et al. (2021) evidenciaron que los familiares presentan actitudes de intolerancia e incomprensión en un 42.5 % de los casos, confirmando que el estigma familiar constituye un problema real que no se reduce al ámbito público. La investigación de Shalaby et al. (2025), realizada con 633 familiares, refuerza este punto al demostrar que el estigma familiar es especialmente elevado en contextos de mayor duración de la enfermedad y escasa adherencia al tratamiento.

Desde la teoría de Goffman (como se citó en Corrigan et al., 2022), el estigma constituye una construcción social que desacredita a la persona a partir de atributos considerados negativos. En el contexto familiar, esta desacreditación puede reflejarse en conductas de sobreprotección excesiva, restricción de participación social o limitación de autonomía del paciente; actitudes que, ejercidas de forma reiterada, consolidan una imagen del paciente como un ser inferior o incapaz. Así, el familiar no solo observa el estigma externo, sino que lo reproduce activamente desde el interior del hogar. Esta comprensión es coherente con la perspectiva cognitiva planteada por Sheehan et al. (2022), según la cual los familiares reproducen estereotipos aprendidos culturalmente que funcionan como esquemas mentales automáticos, asociando la enfermedad mental con peligrosidad, incapacidad o dependencia. Aunque internalizados con frecuencia de manera inconsciente, estos estereotipos condicionan el trato hacia el paciente y perpetúan el estigma en el entorno más cercano. Por tanto, el predominio del nivel medio de estigma subraya la necesidad de

intervenciones psicoeducativas dirigidas a familiares, orientadas a desmantelar estas creencias arraigadas.

Por otro lado, el objetivo específico 2 tuvo como resultados que el 73.8 % de los familiares presenta un nivel normal, mientras que un 20.0 % evidencia afectación clínica moderada y un 6.3 % severidad patológica. Aunque la mayoría mantiene cierta estabilidad emocional, la presencia de un grupo vulnerable es significativa: aproximadamente uno de cada cuatro familiares experimenta algún grado de afectación psicológica, lo que resulta directamente vinculado a las actitudes estigmatizantes que ellos mismos ejercen hacia el paciente. Estos resultados coinciden con Shalaby et al. (2025), quienes sostienen que el estigma hacia la enfermedad mental genera una carga emocional significativa en los familiares. Asimismo, Manrique y Salazar (2023) encontraron que uno de cada cuatro profesionales de salud manifiesta síntomas de depresión y ansiedad asociados a procesos de estigmatización, lo que refuerza la idea de que estigmatizar deteriora también la salud mental de quien lo ejerce.

Desde el enfoque de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), la salud mental implica bienestar emocional, capacidad de afrontar tensiones y adecuado funcionamiento social. Sin embargo, cuando dentro del entorno familiar predominan actitudes de rechazo, temor, sobreprotección o incomprensión hacia el paciente como actitudes generadas por los propios familiares, se producen ambientes cargados de tensión que socavan progresivamente el bienestar psicológico de quienes los habitan. Burton (2023) explica que la familia, como sistema interdependiente, no puede mantener la salud mental de sus miembros cuando uno de sus integrantes es objeto de estigma interno: el familiar que estigmatiza deteriora el vínculo afectivo y produce en sí mismo culpa, estrés y ambivalencia, generando un círculo vicioso de afectación mutua. A ello se suma que los familiares también pueden internalizar creencias negativas sobre sí mismos por tener un integrante con trastorno

mental, lo que se conoce como autoestigma familiar, amplificando aún más el deterioro psicológico dentro del hogar (Jauch et al., 2024).

Por otro lado, el objetivo específico 3 los resultados evidenciaron que no existen diferencias marcadas entre ambos grupos, predominando el nivel medio en ambos casos. Este hallazgo sugiere que el estigma familiar no se intensifica necesariamente ante la mayor gravedad clínica representada por la hospitalización, sino que constituye un fenómeno arraigado en las creencias y actitudes del entorno familiar con independencia del estado del paciente. Pérez (2025) encontró que variables como el sexo y la edad no generan diferencias significativas en el estigma, lo que indica que este fenómeno puede mantenerse relativamente estable en distintos grupos. Asimismo, Pacheco (2022) evidenció que el nivel intermedio de estigma prevalece de manera transversal en la población general, coincidiendo con los hallazgos del presente estudio. Esto confirma que el estigma familiar tiene su origen fundamentalmente en factores socioculturales, creencias aprendidas e información deficiente sobre la enfermedad mental, más que en la condición clínica específica del paciente.

Desde la teoría del estigma estructural, las instituciones psiquiátricas históricamente han estado vinculadas a procesos de exclusión y segregación social, lo que podría esperarse que intensificara el estigma en familiares de pacientes hospitalizados (Corrigan et al., 2022). Sin embargo, la ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos sugiere que el familiar ya ha desarrollado actitudes estigmatizantes con anterioridad a la hospitalización, reafirmando que es en el hogar, y no en el hospital, donde el estigma se origina y consolida en primera instancia.

En relación con la comparación de los niveles de salud mental entre ambos grupos, los resultados mostraron una ligera mayor afectación en familiares de pacientes no hospitalizados. Esta diferencia puede explicarse porque los familiares de pacientes no hospitalizados asumen un rol de cuidado directo, continuo y sin el respaldo institucional que

proporciona la hospitalización, lo que incrementa la carga emocional y el desgaste psicológico. Shalaby et al. (2025) señalan que la carga familiar se intensifica en contextos de mayor implicación en el cuidado y menor adherencia al tratamiento, lo cual es coherente con este hallazgo. Desde la perspectiva estructural de la salud mental, factores como el estrés crónico, la presión económica y la sobrecarga emocional influyen directamente en el bienestar psicológico (Hastings et al., 2022). En este contexto, el familiar que convive cotidianamente con el paciente no hospitalizado está expuesto de forma permanente a las consecuencias del estigma que él mismo ejerce: el conflicto entre la obligación de cuidar y el rechazo o la incomprensión que siente hacia la enfermedad genera una tensión emocional sostenida que deteriora progresivamente su salud mental.

Respecto a la relación entre salud mental y la dimensión autoritarismo, se encontró la correlación más alta entre todas las dimensiones evaluadas ($rho = -0.506$; $p < 0.001$), lo que indica que, a mayor autoritarismo en las actitudes del familiar, entendido como la tendencia a percibir al paciente como peligroso, incapaz o necesitado de control constante; menor es el bienestar psicológico del propio familiar. Pinto (2020) identificó el predominio de actitudes autoritarias en contextos de mayor estigma, y Palanca (2022) evidenció que la falta de contacto y conocimiento previo sobre los trastornos mentales incrementa este tipo de actitudes. El autoritarismo constituye la forma más activa y directa de estigma familiar: el familiar que controla, restringe e invalida al paciente no solo le inflige un daño significativo, sino que genera en sí mismo un estado permanente de tensión y alerta que compromete su salud mental. Desde el modelo de Corrigan (como se citó en Thornicroft et al., 2022), estas creencias corresponden a estereotipos negativos que favorecen conductas discriminatorias; en el entorno familiar, se expresan mediante restricciones excesivas, invalidación de decisiones del paciente o imposición de dependencia total, actitudes que, aunque con frecuencia

justificadas como formas de protección, perpetúan el estigma desde adentro del hogar y generan en el familiar que las ejerce culpa, frustración y desgaste emocional progresivo.

En cuanto a la relación entre salud mental y la dimensión benevolencia, se encontró una relación negativa significativa (rho = -0.467; $p < 0.001$). Aunque la benevolencia podría interpretarse a priori como una actitud positiva, desde la perspectiva teórica representa una forma de estigma paternalista que, si bien no implica rechazo explícito, supone la percepción de que el paciente es incapaz de valerse por sí mismo y requiere protección o tutela permanente. Palanca (2022) encontró diferencias en esta dimensión según el nivel de experiencia y conocimiento: quienes tienen mayor contacto con personas con trastornos mentales tienden a reducir la sobreprotección y a promover la autonomía del paciente. Así, la benevolencia ejercida por familiares que estigmatizan desde la lástima o la compasión desmedida no favorece la recuperación del paciente, sino que refuerza su dependencia y limita su integración social. En el plano de la salud mental del familiar, el rol de protector permanente implica una carga emocional considerable que puede derivar en agotamiento, ansiedad y pérdida del bienestar psicológico, evidenciando que el estigma benevolente opera también como un factor de riesgo para la salud mental del entorno familiar.

En lo referente a la relación entre salud mental y la dimensión rechazo social, los resultados mostraron una relación negativa significativa (rho = -0.417; $p < 0.001$), lo que indica que, a mayor rechazo ejercido por el familiar hacia el paciente como distanciamiento, exclusión o evitación, menor es el bienestar psicológico del propio familiar. Este resultado es especialmente relevante porque el rechazo no proviene de extraños, sino de las personas más cercanas al paciente, convirtiéndose en la primera y más dolorosa forma de exclusión que este experimenta. Salcedo et al. (2021) y Pinto (2020) evidenciaron la presencia de conductas de rechazo e intolerancia hacia personas con enfermedades mentales incluso dentro del entorno familiar. Desde el modelo de Link y Phelan (como se citó en Corrigan et al., 2022),

el rechazo social implica una separación entre 'nosotros' y 'ellos', generando exclusión y pérdida de estatus; cuando esta dinámica se reproduce dentro de la familia, el paciente pierde el espacio que debería constituir su principal soporte emocional. En cuanto a la salud mental del familiar, el rechazo genera un conflicto emocional profundo: distanciarse de un ser querido con quien se convive produce culpa, ambivalencia afectiva y tensión relacional que afectan negativamente el bienestar psicológico, perpetuando así el ciclo de deterioro emocional dentro del sistema familiar.

Finalmente, respecto a la relación entre salud mental y la dimensión ideología de la comunidad, se evidenció una relación negativa significativa ($rho = -0.361$; $p < 0.001$). Esta dimensión se refiere a la aceptación de la inclusión social y comunitaria de las personas con trastornos mentales; los resultados indican que los familiares con creencias más restrictivas respecto a la integración del paciente en la comunidad presentan menor bienestar psicológico. Pacheco (2022) evidenció que un porcentaje significativo de la población acepta los servicios de salud mental solo cuando no implica contacto directo con los pacientes, mostrando ambivalencia frente a la integración social. Otoya (2021) señaló que el mayor conocimiento sobre trastornos mentales se asocia con menor estigma, lo que sugiere que una visión limitada sobre la integración comunitaria puede afectar el bienestar psicológico del familiar. Cuando los familiares restringen la participación social del paciente por temor al estigma externo, no solo le niegan un derecho fundamental, sino que también asumen la carga emocional de ser los garantes de su exclusión, lo que incrementa su propio estrés y malestar psicológico. Desde el término de la desmanicomialización, la inclusión comunitaria constituye un factor protector tanto para el paciente como para la familia: cuando el paciente participa activamente en la comunidad, la carga del cuidado se distribuye y los familiares experimentan menor desgaste emocional; por el contrario, cuando restringen esa integración, perpetúan su propio aislamiento emocional y el deterioro de su salud mental.

En conjunto, los resultados de la presente investigación confirman que el estigma social no es un fenómeno exclusivo del ámbito público o institucional, sino que se origina y consolida en primera instancia dentro del entorno familiar. Son los propios familiares quienes, antes que ningún otro actor social, ejercen actitudes estigmatizantes hacia el paciente con trastorno mental, manifestadas a través del autoritarismo, el rechazo, la benevolencia paternalista y la limitación de su integración comunitaria. Este estigma de proximidad tiene consecuencias dobles: deteriora el proceso de recuperación del paciente y, simultáneamente, afecta la salud mental de quienes lo ejercen, generando culpa, estrés, agotamiento emocional y ambivalencia afectiva.

Capitulo VII

7. Conclusiones y recomendaciones

7.1. Conclusiones

Primera: Se comprobó la existencia de una relación negativa, significativa y de intensidad moderada entre el estigma social y la salud mental en los familiares de pacientes del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco (rho = -0.478; p = 0.000). Esta relación indica que, a mayor presencia de estigma social, los niveles de salud mental disminuyen en los familiares, confirmando la hipótesis general planteada.

Segunda: Se evidenció que los niveles de estigma social en los familiares del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II se ubicaron predominantemente en un nivel medio, correspondiente al 68.1 % de los participantes; mientras que el 19.4 % presentó un nivel bajo y el 12.5 % un nivel alto. Estos resultados evidencian la presencia de actitudes, prejuicios y creencias estigmatizantes dentro del entorno familiar.

Tercera: Se evidenció que los niveles de salud mental en los familiares del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II se ubicaron predominantemente en un nivel normal o promedio, correspondiente al 73.8 % de los participantes; mientras que el 20.0 % presentó un nivel de afectación clínica moderada y el 6.3 % un nivel de severidad patológica. En general, estos resultados indican que la mayoría de los familiares mantiene una salud mental estable.

Cuarta: Los niveles de estigma social en los familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II se encuentra en un nivel medio lo que corresponde a un 68.1 % de los participantes lo cual seria 31.3 % de hospitalizados y 36.9 % de no hospitalizados; por otro lado, el nivel bajo cuenta con 19.4 % de participantes con mayor proporción en familiares de pacientes no hospitalizados con 12.5 % y en familiares de pacientes hospitalizados 6.9 % y el nivel alto 12.5 % de participantes donde la distribución es similar en familiares de pacientes hospitalizados 5.6 %

y en familiares de no hospitalizados 6.9 %. En general, esto resultados indican que la mayoría de los familiares mantienen un estigma social moderado y una pequeña disminución de la presencia de estigma social en familiares que conviven con los pacientes (no hospitalizados).

Quinta: Los niveles de salud mental en los familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II se encuentra en un nivel normal o promedio lo que corresponde a un 73.8 % de los participantes lo cual seria 34.4 % de familiares de pacientes hospitalizados y 39.4 % en familiares de pacientes no hospitalizados; por otro lado, el nivel moderado cuenta con 20.0 % de participantes con una división similar con un 11.9 % en familiares de pacientes no hospitalizados y 8.1 % en familiares de pacientes hospitalizados y el nivel severo 6.3% de participantes donde la distribución es mayor en familiares de pacientes no hospitalizados con un 5.0% y en familiares de hospitalizados con un 1.3 %. En general esto indica que la mayoría de los familiares mantienen una salud mental estable, aunque con cierta vulnerabilidad en los familiares que asumen el cuidado de pacientes no hospitalizados.

Sexta: Se comprobó la existencia de una relación negativa y significativa entre autoritarismo y la salud mental en los familiares de pacientes del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco (rho = -0.506; p = 0.000). Esta relación indica que, a mayor presencia de niveles de autoritarismo, los niveles de salud mental disminuyen en los familiares.

Séptima: La existencia de una relación negativa y significativa entre benevolencia y la salud mental en los familiares de pacientes del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco (rho = -0.467; p = 0.000). Esta relación indica que, a mayor presencia de niveles de Benevolencia, los niveles de salud mental disminuyen en los familiares.

Octava: Se comprobó la existencia de una relación negativa y significativa entre rechazo social y la salud mental en los familiares de pacientes del Hospital de Salud Mental

San Juan Pablo II del Cusco (rho = -0.417; p = 0.000). Esta relación indica que, a mayor presencia de niveles de rechazo social, los niveles de salud mental disminuyen en los familiares.

Novena: Se comprobó la existencia de una relación negativa y significativa entre ideología de la comunidad y la salud mental en los familiares de pacientes del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco (rho = -0.361; p = 0.000). Esta relación indica que, a mayor presencia de niveles de ideología la de comunidad, los niveles de salud mental disminuyen en los familiares.

7.2. Recomendaciones

Primero: A las autoridades del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II – Cusco se les recomienda implementar programas psicoeducativos y de acompañamiento familiar permanentes, orientados a disminuir las actitudes estigmatizantes y fortalecer las habilidades emocionales de los familiares de pacientes, ya que los resultados demostraron que el estigma social afecta significativamente la salud mental de los familiares, especialmente en las dimensiones de autoritarismo y rechazo social; por lo tanto, se debe brindar espacios de orientación y contención que permitan mejorar el bienestar psicológico de las familias y favorecer la recuperación integral de los pacientes.

Segundo: A la dirección administrativa del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II – Cusco se le recomienda diseñar e incluir en los planes mensuales y anuales campañas comunitarias de sensibilización y educación pública sobre los trastornos mentales, dirigidas a escuelas, comunidades y medios de comunicación. Esto se fundamenta en que el estigma social tiene un fuerte componente cultural y comunitario, alimentado por creencias tradicionales, miedo y desinformación. La educación social continua puede reducir los prejuicios, fomentar la empatía y promover una cultura de aceptación y respeto hacia las personas con enfermedad mental y sus familias.

Tercero: A los profesionales de salud mental (psicólogos, psiquiatras, enfermeros, asistencia social) se les recomienda fortalecer la atención integral a las familias mediante estrategias terapéuticas familiares, grupos de apoyo y orientación psicológica, enfocadas en el manejo del estrés, la resiliencia y la comunicación asertiva, ya que los resultados evidenciaron niveles de afectación psicológica en una parte de los familiares, lo cual es producto de la sobrecarga emocional y del estigma internalizado, por ello, se recomienda

brindar un abordaje interdisciplinario y empático puede prevenir el agotamiento del cuidador y mejorar la adherencia al tratamiento del paciente.

Cuarto: A la Universidad y Facultad de Psicología se les recomienda incorporar en los planes de estudio contenidos sobre estigma, salud mental comunitaria y psicoeducación familiar, además de fomentar la investigación aplicada en estos temas; puesto que es necesario formar profesionales sensibilizados y capacitados para intervenir en contextos culturales diversos, como el cusqueño, donde las creencias tradicionales influyen en la percepción de la enfermedad mental. La formación académica basada en la evidencia ayudará a prevenir estereotipos dentro del propio personal de salud.

Quinto: A los familiares de pacientes con trastornos mentales se les recomienda participar activamente en talleres, redes de apoyo y programas psicoeducativos que ofrezcan la orientación psicológica y estrategias de afrontamiento saludable, en los resultados del estudio mostraron que los niveles de estigma social y la falta de información deterioran la salud mental de los familiares; por lo tanto, es necesario involucrarse en espacios de apoyo ya que esto les permitirá adquirir herramientas para el autocuidado, mejorar la convivencia familiar y disminuir el sentimiento de culpa o vergüenza.

Sexto: A futuras investigaciones se les recomienda ampliar la investigación a otros contextos geográficos con muestras más diversas, incorporando métodos mixtos (cuantitativos y cualitativos) para explorar en profundidad el estudio de estas variables; ello permitirá comprender cómo el estigma se expresa en sus distintos componentes (personal, familiar y comunitario) esto permitirá diseñar intervenciones más efectivas y culturalmente pertinentes, contribuyendo al desarrollo de políticas públicas inclusivas en salud mental.

Séptimo: A las instituciones de salud, autoridades locales y a la sociedad en general se les recomienda promover acciones de apoyo y reconocimiento dirigidas a los familiares que cumplen el rol de cuidadores de personas con trastornos mentales, considerando especialmente a las mujeres que asumen esta responsabilidad. Estas acciones pueden incluir campañas de sensibilización, espacios de orientación psicológica, redes comunitarias de

apoyo y actividades de autocuidado que permitan reducir la sobrecarga emocional y fortalecer los recursos personales y familiares. Asimismo, se recomienda fomentar una mayor corresponsabilidad en el cuidado, promoviendo la participación de todos los integrantes de la familia y de la comunidad, con el propósito de evitar que las responsabilidades recaigan exclusivamente en una sola persona y favorecer el bienestar psicológico de los cuidadores y del paciente.

Octavo: A las familias de pacientes con trastornos mentales se les recomienda promover una distribución equitativa de las responsabilidades de cuidado entre sus integrantes, evitando que estas recaigan principalmente en una sola persona, especialmente en las mujeres. Para ello, se sugiere establecer acuerdos familiares sobre las tareas de acompañamiento, asistencia a controles, administración de actividades cotidianas y apoyo emocional. Esta medida permitiría disminuir la sobrecarga del cuidador, favorecer relaciones familiares más saludables y generar una red de apoyo que contribuya al bienestar psicológico de quienes acompañan al paciente.

Noveno: A los profesionales de Psicología y al equipo interdisciplinario del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II – Cusco se les recomienda realizar un seguimiento periódico del bienestar psicológico de los familiares que cumplen funciones de cuidado, prestando especial atención a quienes manifiesten signos de sobrecarga emocional, estrés o dificultades para afrontar el proceso de cuidado. Asimismo, se recomienda establecer mecanismos de derivación y atención oportuna para aquellos familiares que requieran intervención psicológica individual o familiar. Esto permitirá identificar tempranamente situaciones de riesgo y fortalecer el bienestar de los cuidadores, favoreciendo también un acompañamiento más adecuado al paciente.

Referencias

Abarca-Brown, G., & Ortega, F. (2024). A historical perspective on structural-based mental health approaches in Latin America: the Chilean and Brazilian cases. *Critical Public Health, 34*(1). https://doi.org/10.1080/09581596.2023.2297918

Adu, J., Oudshoorn, A., Anderson, K., Marshall, C. A., & Stuart, H. (2024). The experiences of familial mental illness stigma among individuals living with mental illnesses. *Journal of Biosocial Science, 56*(5), 809–830. https://doi.org/10.1017/S0021932024000154

Ahad, A. A., Sanchez-Gonzalez, M., & Junquera, P. (2023). Understanding and addressing mental health stigma across cultures for improving psychiatric care: A narrative review. *Cureus, 15*(5), e39549. https://doi.org/10.7759/cureus.39549

Andersen, L. M. B., Rasmussen, A. N., Reavley, N. J., Bøggild, H., & Overgaard, C. (2021). The social route to mental health: A systematic review and synthesis of theories linking social relationships to mental health to inform interventions. *SSM. Mental Health, 1*(100042), 100042. https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2021.100042

Barış Kılıç, D., & Kızılpınar Çilem, S. (2024). Estigmatización de pacientes con trastornos mentales: un estudio comparativo de enfermeras en psiquiatría forense y en entornos hospitalarios. *Fronteras en Psiquiatría*.

Bark, H., Dixon, J., & Laing, J. (2023). The professional identity of social workers in mental health services: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(11), 5947. https://doi.org/10.3390/ijerph20115947

Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry, 16*(1), 5–13. https://doi.org/10.1002/wps.20375

Caballero Peralta, J. (2023, abril 23). Salud mental: casos atendidos por Minsa se incrementaron en casi 20 % durante el 2022. *Diario el Peruano*. https://www.elperuano.pe/noticia/210845

Castillo, G., Lévano, K., & Chuquillanqui, D. (2020). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas en un hospital peruano. *Revista de Neuro-Psiquiatría, 83*(3), 179–186. https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794

Chavez Alva, L. Y., & Rodríguez Huamolle, C. A. (2020). *Estigma hacia personas con problemas mentales en profesionales de salud en hospitales MINSA de la Provincia del Santa, 2020*. [Tesis, Universidad Nacional del Santa].

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry, 1*(1), 16–20. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest, 15*(2), 37–70. https://doi.org/10.1177/1529100614531398

Crocker, J., & Major, B. (2003). The self-protective properties of stigma: Evolution of a modern classic. *Psychological Inquiry, 14*(3–4), 232–237. https://doi.org/10.1080/1047840x.2003.9682885

Davis, L. J., & Goffman, E. (2017). Selections From Stigma. En *The disability studies reader* (5th ed., pp. 133–144). Routledge.

Derogatis, L. R. (2000). Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R): Administration, scoring and procedures manual. National Computer Systems.

Ebrahim, O. S., Al-Attar, G. S. T., Gabra, R. H., & Osman, D. M. M. (2020). Stigma and burden of mental illness and their correlates among family caregivers of mentally ill patients. *Journal of the Egyptian Public Health Association, 95*(1), 31. https://doi.org/10.1186/s42506-020-00059-6

Eghbal Manesh, A., Dalvandi, A., & Zoladl, M. (2023). The experience of stigma in family caregivers of people with schizophrenia spectrum disorders: A meta-synthesis study. *Heliyon, 9*(3), e14333. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14333

Ergetie, T., Yohanes, Z., Asrat, B., Demeke, W., Abate, A., & Tareke, M. (2018). Perceived stigma among non-professional caregivers of people with severe mental illness, Bahir Dar, northwest Ethiopia. *Annals of General Psychiatry, 17*, 42. https://doi.org/10.1186/s12991-018-0212-4

Ferguson, K. T., & Evans, G. W. (2019). Social ecological theory: Family systems and family psychology in bioecological and bioecocultural perspective. En B. H. Fiese et al.

(Eds.), *APA handbook of contemporary family psychology* (pp. 143–161). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000099-009

Fish, J. L. H. (2022). The lost social perspective: relocating the social perspective in approved mental health practice and the Mental Health Act 1983. *The Journal of Social Welfare & Family Law, 44*(1), 3–21. https://doi.org/10.1080/09649069.2022.2028391

Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C., & Vogt, D. (2017). Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma and Health, 3*(4), 348–376. https://doi.org/10.1037/sah0000104

Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C., & Vogt, D. (2018). Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The Mental Illness Stigma Framework and critical review of measures. *Stigma and Health, 3*(4), 348–376. https://doi.org/10.1037/sah0000104

Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology, 31*, 33–46. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.

Goffman, E. (2017). Selections From Stigma. En L. J. Davis (Ed.), *The disability studies reader* (5th ed., pp. 133–144). Routledge.

Hastings, P. D., Guyer, A. E., & Parra, L. A. (2022). Conceptualizing the influence of social and structural determinants of neurobiology and mental health. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 7*(12), 1215–1224. https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2022.06.004

Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *The American Psychologist, 71*(8), 742–751. https://doi.org/10.1037/amp0000068

Heim, E., Maercker, A., & Boer, D. (2019). Value orientations and mental health: A theoretical review. *Transcultural Psychiatry, 56*(3), 449–470. https://doi.org/10.1177/1363461519832472

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education. ISBN: 978-1-4562-6096-5

Jauch, M., Occhipinti, S., O'Donovan, A., & Clough, B. (2024). A qualitative study into the relative stigmatization of mental illness by mental health professionals. *Qualitative Health Research, 34*(13), 1326–1338. https://doi.org/10.1177/10497323241238618

Kaggwa, M. M., Najjuka, S. M., Mamun, M. A., Griffiths, M. D., Nyemara, N., & Ashaba, S. (2023). Involvement and burden of informal caregivers of patients with mental illness: The mediating role of affiliated stigma. *BMC Psychiatry, 23*, 72. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04553-x

Kalhovde, A. M., & Kitzmüller, G. (2023). Family caregivers' trajectories of distress while caring for a person with serious mental illness. *Qualitative Health Research, 34*(1–2), 154–165. https://doi.org/10.1177/10497323231203627

Kehyayan, V., Omar, H., Ghuloum, S., Marji, T., Al-Amin, H., Abed Alah, M., & Mahfoud, Z. (2024). Internalized stigma and its correlates in families of persons with mental illness in Qatar: a cross-sectional study. *Current Psychology, 43*(39), 30937–30948. https://doi.org/10.1007/s12144-024-06686-y

Khatooni, M. (2022). Stigma in the context of COVID-19 crisis: An evolutionary concept analysis. *Professional Case Management, 28*(1), 20–32. https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000573

Kolb, K., Liu, J., & Jackman, K. (2023). Stigma towards patients with mental illness: An online survey of United States nurses. *International Journal of Mental Health Nursing, 32*(1), 323–336. https://doi.org/10.1111/inm.13084

Lohrasbi, F., Alavi, M., Akbari, M., & Maghsoudi, J. (2023). Promoting psychosocial health of family caregivers of patients with chronic mental disorders: A review of challenges and strategies. *Chonnam Medical Journal, 59*(1), 31–47. https://doi.org/10.4068/cmj.2023.59.1.31

Luque Tayro, C. Y. (2023). *Nivel de estigma en personal de salud mental a usuarios con trastorno límite de personalidad en la ciudad del Cusco, octubre 2023*. [Tesis]. Cusco.

Manrique, V. A., & Salazar, D. A. (2023). Asociación entre la estigmatización social y síntomas de depresión y ansiedad en personal de salud de un hospital público de Lima, Perú, durante la pandemia por COVID-19. [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Institucional UPC. http://hdl.handle.net/10757/669378

Martinez, A. G., & Hinshaw, S. P. (2016). Mental health stigma: Theory, developmental issues, and research priorities. En D. Cicchetti (Ed.), *Developmental Psychopathology* (Vol. 4, pp. 1–43). John Wiley & Sons.

Mascayano, F., Toso-Salman, J., Ruiz, B., & Yang, L. H. (2015). Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: A systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 37*(1), 73–85. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1474

Méndez-López, D. M., Giraldo-Henao, M., Aguirre-Acevedo, D. C., & Lopera, F. (2021). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de personas con enfermedad crónica en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 50*(2), 86–94. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.09.001

Merçon-Vargas, E. A., Lima, R. F. F., Rosa, E. M., & Tudge, J. (2020). Processing proximal processes: What Bronfenbrenner meant, what he didn't mean, and what he should have meant. *Journal of Family Theory & Review, 12*(3), 321–334. https://doi.org/10.1111/jftr.12373

Muralidharan, A., Lucksted, A., Medoff, D., Fang, L. J., & Dixon, L. (2016). Stigma: A unique source of distress for family members of individuals with mental illness. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 43*(3), 484–493. https://doi.org/10.1007/s11414-014-9437-4

Neathery, M., He, Z., Taylor, E. J., & Deal, B. (2020). Spiritual perspectives, spiritual care, and knowledge of recovery among psychiatric mental health nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 26*(4), 364–372. https://doi.org/10.1177/1078390319846548

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. OMS. https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860

Otoya, G. A. (2021). *Estigma y conocimiento del trastorno mental en estudiantes de enfermería de una universidad privada, Lima - 2021*. [Tesis]. Lima.

Pacheco Geng, C. A. (2022). Estigma público de los trastornos mentales en Huancayo Metropolitano – 2022. *Concytec*.

Pearson, C., Janz, T., & Ali, J. (2013). Mental and substance use disorders in Canada. Statistics Canada.https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.htm

Pearson, V., et al. (2021). Family experiences and mental illness stigma. Canadian Journal of Community Mental Health.

Pinto Alvarez, M. (2020). *Caracterización de la estigmatización a la enfermedad mental en unas áreas de Bogotá, Colombia*. [Tesis de maestría]. Pontificia Universidad Javeriana. https://doi.org/10.11144/Javeriana.10554.48020

Poon, A. W. C. (2020). Theories on mental health, illness and intervention. En *Mental Health and Social Work* (pp. 3–21). https://doi.org/10.1007/978-981-13-6975

Radu, M., Ciucă, A., Crișan, C.-A., Pintea, S., Predescu, E., Șipos, R., Moldovan, R., & Băban, A. (2022). The impact of psychiatric disorders on caregivers: An integrative predictive model of burden, stigma, and well-being. *Perspectives in Psychiatric Care, 58*(4), 2372–2382. https://doi.org/10.1111/ppc.13071

Richter, D., & Dixon, J. (2023). Models of mental health problems: a quasi-systematic review of theoretical approaches. *Journal of Mental Health, 32*(2), 396–406. https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022638

Rodrigues, J. M., Cruz, A. S., & Queirós, C. (2025). Comprensión del estigma en las enfermedades mentales: Un nuevo modelo de desarrollo basado en la literatura. *Psychiatry International, 6*(1), 21. https://doi.org/10.3390/psychiatryint6010021

Sagheddu, C., Virdis, G., & Melis, M. (2024). From stigma to therapy: The evolution of psychiatry in substance use disorders. En *Psychiatry and Neuroscience Update – Vol. V* (pp. 719–726). Springer Nature Switzerland.

Salcedo Ramirez, Y. L., & Zegarra Zavala, G. S. (2021). Estigma hacia personas con enfermedades mentales en el ámbito familiar y público en general en la ciudad de Cajamarca, 2021. *Repositorio Institucional*.

Sallim, A. B., Sayampanathan, A. A., Cuttilan, A., & Ho, R. (2015). Prevalence of mental health disorders among caregivers of patients with Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Directors Association, 16*(12), 1034–1041. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.007

Samari, E., Teh, W. L., Roystonn, K., Devi, F., Cetty, L., Shahwan, S., & Subramaniam, M. (2022). Perceived mental illness stigma among family and friends of young people with depression and its role in help-seeking: a qualitative inquiry. *BMC Psychiatry, 22*(1), 107. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03754-0

Sánchez Carlessi, H. H., Reyes Romero, C. A., & Mejía Sáenz, K. B. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Universidad Ricardo Palma.

Sayed, T. A., Ali, M. M., & Hadad, S. (2021). Risk factors and impact of stigma on psychiatric patients in Sohag. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, 57*(1). https://doi.org/10.1186/s41983-021-00403-3

Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2018). Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing, 108*(9 Suppl), 23–27. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c

Sencia Condori, A. L. (2020). *Estigma sobre pacientes con patología psiquiátrica por familiares del Hospital Regional III Honorio Delgado Espinoza, enero-febrero 2020*. [Tesis].

Shalaby, A. S., Ibrahem, R. A. L., Seleem, M. A., Sharfeldin, A. Y., ElWasify, M., Abdel-Raouf, S. Y., ElWasify, M., Mohammed, A. A., Shourb, E., Elrassas, H., & Hasan, H. (2025). Perceived stigma toward individuals with mental illness and their families: Perspectives of patients' relatives in a multicentric Egyptian study. *Middle East Current Psychiatry, 32*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s43045-025-00576-0

Sheehan, L., Palermo, C. V., & Corrigan, P. (2022). Theoretical models to understand stigma of mental illness. En *The Cambridge Handbook of Stigma and Mental Health* (pp. 11–30). Cambridge University Press.

Silva, A. G., Baldaçara, L., Cavalcante, D. A., Fasanella, N. A., & Palha, A. P. (2020). The impact of mental illness stigma on psychiatric emergencies. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 573. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00573

Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., van Brakel, W., Simbayi, L. C., Barré, I., & Dovidio, J. F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine, 17*(1), 31. https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3

Statistics Canada. (2012). Mental health of caregivers. Government of Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2012003/article/11619-eng.htm

Subramaniam, M., Abdin, E., Picco, L., Pang, S., Shafie, S., Vaingankar, J. A., Kwok, K. W., Verma, S., & Chong, S. A. (2020). Stigma towards people with mental disorders and its components – A perspective from multi-ethnic Singapore. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29*, e8. https://doi.org/10.1017/S2045796019000159

Subu, M. A., Wati, D. F., Al-Yateem, N., Netrida, N., Priscilla, V., Dias, J. M., Slewa-Younan, S., & Edwin Nurdin, A. (2021). 'Family stigma' among family members of people with mental illness in Indonesia: A grounded theory approach. *International Journal of Mental Health*, 1–22. https://doi.org/10.1080/00207411.2021.1891363

Subu, M. A., Wati, D. F., Netrida, N., Priscilla, V., Dias, J. M., Abraham, M. S., Slewa-Younan, S., & Al-Yateem, N. (2021). Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis. *International Journal of Mental Health Systems, 15*(1), 77. https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x

Syme, K. L., & Hagen, E. H. (2020). Mental health is biological health: Why tackling "diseases of the mind" is an imperative for biological anthropology in the 21st century. *American Journal of Physical Anthropology, 171* Suppl 70(S70), 87–117. https://doi.org/10.1002/ajpa.23965

Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., … Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet, 400*(10361), 1438–1480. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2

Yin, M., Li, Z., & Zhou, C. (2020). Experience of stigma among family members of people with severe mental illness: A qualitative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing, 29*(2), 141–160. https://doi.org/10.1111/inm.12668

Zorrilla Apumayta, H. C. (2023). Estigma social hacia los trastornos mentales según variables sociodemográficas en estudiantes de enfermería técnica de un instituto superior Huancavelica 2023. *Concytec*.

8. ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento Informado

Yo Identificado (a):_____con el número de DNI _____, actuando a mi nombre y en calidad de participante evaluado en la investigación, acepto participar de manera voluntaria del proceso de recolección de datos para el proyecto en mención, realizado por las investigadoras:

NORKA MILENE MASIAS MENDOZA

JOSSETHY CELIA TOMAICONZA DUEÑAS

Me comprometo a participar y a responder las preguntas de manera sincera, así como a colaborar en las actividades necesarias para el proceso, si se me solicita. Autorizo que el uso de los datos obtenidos durante la investigación sea exclusivamente con fines académicos.

Expreso que los investigadores me han explicado con antelación el objetivo y alcances de dicho proceso.

FIRMA: …… DNI: ……

Anexo 2

Prueba SCL-45

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. **Indique cuanto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) rodeando con un circulo el número que corresponda.**
Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

	0 Nada en absoluto	1 Un poco presente	2 moderadamente	3 Bastante	4 Mucho o extremadamente
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
02. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
03. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
04. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
05. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
06. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
07. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
08. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
09. Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
10. Sentirse triste	0	1	2	3	4
11.No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los					

demás	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares	0	1	2	3	4
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
23. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0	1	2	3	4
25. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
33. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0	1	2	3	4
38. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. Tener discusiones frecuentes					

40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4
Clave de corrección: Hostilidad: 7, 34, 35, 39, 43; Somatización: 18, 23, 26, 29, 31; Depresión: 9, 10, 11, 27, 42; Obsesión-compulsión: 16, 20, 21, 25, 28; Ansiedad: 6, 12, 30, 38, 41; Sensibilidad interpersonal: 14, 15, 17, 32, 36; Ansiedad fóbica: 3, 8, 22, 24, 37; Ideación paranoide: 2, 5, 19, 40, 44; Psicoticismo: 1, 4, 13, 33, 45					

Anexo 3

Prueba CAMI

CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (CAMI)

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre enfermedades mentales y las personas que las padecen. El concepto de personas con enfermedades mentales se refiere a personas que necesitan tratamiento para trastornos mentales, pero que son capaces de vivir de forma independiente fuera de un hospital. Debes marcar con un círculo la respuesta que refleja más adecuadamente tu reacción a cada frase. La primera reacción es la más importante. No te preocupes si algunas son parecidas a otras que ya has respondido anteriormente. Por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta.

Preguntas	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni acuerdo ni desacuerdo	4 No estoy de acuerdo	5 Totalmente en desacuerdo
1. **En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital**	1	2	3	4	5
2. **Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales**	1	2	3	4	5
3. **Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad**	1	2	3	4	5
4. **La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad**	1	2	3	4	5
5. **Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra**	1	2	3	4	5

6. **Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad**	1	2	3	4	5
7. **Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente**	1	2	3	4	5
8. **La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio**	1	2	3	4	5
9. **Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales**	1	2	3	4	5
10. **Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo**	1	2	3	4	5
11. **Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado**	1	2	3	4	5
12. **Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad**	1	2	3	4	5
13. **Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.**	1	2	3	4	5

14. **Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público**	1	2	3	4	5
15. **Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio**	1	2	3	4	5
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**	1	2	3	4	5
17. **Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño**	1	2	3	4	5
18. **Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales**	1	2	3	4	5
19. **No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental**	1	2	3	4	5
20. **Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local**	1	2	3	4	5

21. **Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.**	1	2	3	4	5
22. **Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales**	1	2	3	4	5
23. **Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal**	1	2	3	4	5
24. **Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios**	1	2	3	4	5
25. **La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave**	1	2	3	4	5
26. **Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales**	1	2	3	4	5
27. **Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público**	1	2	3	4	5
28. **La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes**	1	2	3	4	5

29. **Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto**	1	2	3	4	5
30. **Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión**	1	2	3	4	5
31. **No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales**	1	2	3	4	5
32. **Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales**	1	2	3	4	5
33. **Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad**	1	2	3	4	5
34. **Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales**	1	2	3	4	5
35. **No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales**	1	2	3	4	5
36. **Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental**	1	2	3	4	5

37. **Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental**	1	2	3	4	5
38. **Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales**	1	2	3	4	5
39. **En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros**	1	2	3	4	5
40. **Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales**	1	2	3	4	5

Anexo 4

Ficha Sociodemográfica

I. Datos personales

Edad: _____años

Sexo:
☐ Masculino
☐ Femenino

Estado civil:
☐ Soltero/a
☐ Casado/a o en unión libre
☐ Separado/a o divorciado/a
☐ Viudo/a

Nivel educativo alcanzado:
☐ Sin estudios
☐ Primaria
☐ Secundaria
☐ Técnica
☐ Universitaria

Ocupación actual:
☐ Empleado/a
☐ Ama de casa
☐ Independiente
☐ Jubilado/a o pensionado/a
☐ Otro: _____

II. Información familiar

Parentesco con el usuario del hospital:
☐ Madre / Padre
☐ Hijo/a
☐ Hermano/a
☐ Esposo/a o pareja
☐ Otro: _____

¿Convive actualmente con el paciente?
☐ Sí
☐ No

¿Tiene otros familiares con diagnóstico de salud mental?
☐ Sí
☐ No
☐ No sabe

III. Relación con la experiencia de salud mental

Tiempo desde el diagnóstico del familiar (aproximadamente):
☐ Menos de 6 meses
☐ De 6 meses a 1 año
☐ 1 a 3 años
☐ Más de 3 años

¿Cuántas veces ha sido hospitalizado su familiar por motivos de salud mental?
☐ Ninguna
☐ 1 vez
☐ 2 a 3 veces
☐ Más de 3 veces

¿Participa usted en algún grupo de apoyo para familiares?
☐ Sí
☐ No

¿Cuánto conocimiento considera tener sobre la condición de salud mental de su familiar?
☐ Nada
☐ Poco
☐ Algo
☐ Bastante
☐ Mucho

Zona de residencia:
☐ Urbana
☐ Rural

¿Tiene acceso fácil a servicios de salud mental cerca de su hogar?
☐ Sí
☐ No
☐ Acceso limitado

Anexo 05

BASE DE DATOS

SA - 45

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40	P41	P42	P43	P44	P45	TOTAL
E1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	1	1	1	1	1	1	2	1								59
E2	1	1	1	1	3	1	2	1	1	2	3	2	1	1	1	3	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1									64
E3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2		1										55
E4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3		1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1		1	1								56
E5	2	1	1	1	3	1	3	1	1	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1									62
E6	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1		2									54
E7	1	1	4	1	2	4	1	2	1	2	1	4	2	1	1	1	1	2	2	2	1	3	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	4	2	2								72
E8	2	3	1	1	3	2	1	1	1	2	4	4	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1			2							71
E9	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1		2									54
E10	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	4	1	1	1	2	2	1	1	1	2	3	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1									64
E11	4	4	2	4	3	2	2	1	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	3	4	1	2	3	3	3	4	3	2	3	2	4	3	1	2	4	4	1	1	1	4	1	1	1	1	139
E12	1	1	1	1	3	1	1	1	3	3	2	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2									59
E13	2	1	1	1	3	1	3	1	1	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1									62
E14	1	1	1	1	3	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	4	3	4	3	1	1	1	1	4									69
E15	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										52
E16	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										52
E17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										50
E18	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										49
E19	1	1	1	1	2	3	2	1	1	1	1	2	2	1	2	4	2	2	2	4	1	1	2	2	3	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2		2	1	1					77
E20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	2	2	1	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1											54
E21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1					1					51
E22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										50
E23	1	1	1	1	1	1	2	1	1	4	2	1	1	1	2	3	1	3	2	3	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1								67

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

Anexo 06

CAMI

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40	TOTAL
E1	2	1	2	3	3	2	1	2	2	2	2	1	4	3	2	2	1	3	2	2	5	2	3	2	1	2	1	2	5	2	4	3	1	2	3	2	1	2	1	3	89
E2	1	1	4	2	2	4	3	5	3	3	4	2	5	4	2	3	3	1	5	2	1	5	1	3	4	3	5	1	2	5	1	4	2	2	4	2	1	4	3	4	116
E3	1	2	2	1	3	2	1	2	2	1	1	2	5	3	2	2	1	2	2	1	3	2	3	1	1	1	1	1	5	2	5	3	1	2	3	1	2	1	5	5	86
E4	2	2	4	2	4	5	3	4	2	2	5	2	3	5	2	3	3	1	4	1	1	5	3	4	5	1	4	1	4	5	3	3	4	1	4	2	1	2	3	4	119
E5	3	2	4	1	2	4	3	4	4	2	5	2	4	4	2	5	4	2	1	1	2	4	2	5	4	3	5	1	5	5	1	5	4	2	5	2	3	3	2	2	124
E6	4	2	4	2	4	3	2	2	3	1	5	5	3	5	1	4	3	1	4	2	1	4	2	5	5	2	5	2	5	5	2	4	3	1	3	2	1	5	2	5	124
E7	2	1	3	3	4	5	4	5	4	2	4	2	4	5	2	3	2	2	4	2	2	5	2	4	4	2	5	2	4	5	2	4	4	2	4	2	2	5	2	4	129
E8	5	1	5	2	1	5	2	5	4	1	4	1	5	5	1	4	4	1	2	1	1	5	1	4	5	3	5	2	4	5	1	4	5	1	4	1	3	3	3	3	122
E9	4	3	3	4	4	3	4	4	3	2	4	4	5	5	2	3	2	4	5	3	2	4	5	4	5	3	4	3	3	5	4	3	5	4	3	3	4	5	3	5	148
E10	1	1	5	1	1	3	3	5	1	2	5	1	5	5	3	3	4	1	5	5	1	1	5	5	5	3	5	1	5	5	1	5	5	1	5	1	1	5	3	5	128
E11	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	5	4	2	2	1	1	1	2	1	4	3	3	2	1	2	2	1	1	1	4	4	1	1	1	4	1	1	1	77
E12	5	1	5	1	1	5	1	5	5	1	3	1	5	5	1	3	3	1	3	1	5	5	1	5	5	5	5	1	5	1	1	5	5	1	5	1	1	5	1	5	124
E13	4	2	5	2	2	5	5	5	5	2	5	2	5	5	2	5	4	2	5	2	2	5	2	5	5	5	5	2	5	5	2	5	5	2	5	2	1	5	2	5	149
E14	2	2	3	1	2	4	1	3	2	4	1	2	4	4	2	1	1	1	3	1	1	5	1	5	5	3	3	1	3	5	1	5	3	1	3	1	1	3	3	3	100
E15	2	1	4	1	1	4	4	4	1	1	4	1	5	5	1	5	2	1	5	2	2	5	1	5	5	4	5	1	3	5	5	5	1	1	5	1	2	5	2	5	122
E16	3	1	3	3	5	1	3	1	3	1	3	1	5	5	1	3	1	1	1	1	1	5	1	5	3	3	5	3	5	5	1	5	5	1	5	3	1	1	5	3	112
E17	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	2	2	5	2	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	1	5	5	1	5	4	1	5	4	3	147
E18	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	4	3	4	112
E19	1	1	1	4	4	1	1	1	1	1	4	1	1	4	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1	4	4	1	4	4	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	76
E20	1	1	3	1	1	3	2	4	2	1	3	1	5	1	2	3	3	1	3	1	2	5	1	3	5	3	3	2	3	5	1	3	3	2	3	1	1	3	3	5	99
E21	5	1	5	1	2	1	3	1	2	1	3	2	2	4	2	1	1	1	3	2	3	2	4	1	1	4	2	3	5	2	5	1	3	4	2	2	5	1	2	1	96
E22	2	1	5	1	2	4	2	5	4	2	3	5	5	5	1	4	3	1	5	3	3	5	2	5	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	2	4	5	4	4	4	147
E23	1	1	5	5	5	5	4	5	3	1	4	1	5	5	1	5	1	1	5	1	1	5	1	1	1	2	1	1	1	1	5	1	1	1	1	5	1	1	1	97	
E24	1	2	4	2	1	5	3	4	3	5	4	2	2	5	1	5	2	1	2	5	1	4	1	5	4	4	5	1	5	5	1	4	4	1	5	1	1	1	2	1	115

| | | |

| | | |

| | | |

8																																							
E999	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	4	3	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	4	2	4	3	1	1	3	2	2	2	3	3	95
E1000	5	2	5	2	4	5	1	4	1	2	4	1	4	4	5	2	4	4	5	2	4	5	2	2	5	2	5	5	5	5	5	2	5	5	5	2	2	5	4	5	146
E1011	1	1	4	3	3	3	4	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	4	1	4	3	3	3	3	1	5	5	4	2	4	3	2	3	2	2	3	4	99
E1012	2	3	4	2	4	4	3	4	3	5	5	2	4	4	1	4	2	1	5	3	1	3	3	3	4	5	4	2	4	5	1	4	4	1	4	2	2	3	3	4	127
E1013	5	1	5	1	1	5	5	5	5	1	5	1	5	5	1	5	1	1	5	1	1	5	1	5	5	5	5	1	5	1	1	5	5	1	1	1	1	5	1	5	124
E1014	2	1	4	2	3	3	2	4	2	2	1	4	5	1	3	3	1	1	1	1	5	1	3	5	3	5	1	1	5	1	5	1	1	5	1	1	5	1	1	5	102
E1015	5	1	1	1	5	2	5	1	1	1	5	1	5	5	1	1	5	1	1	1	1	5	1	1	5	1	1	1	5	5	1	1	3	1	4	1	1	4	1	1	93
E1016	4	3	4	1	1	1	3	4	1	1	3	1	4	2	1	2	2	1	4	1	4	4	2	4	4	2	2	2	2	4	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	98
E1017	4	1	4	1	2	4	2	4	4	2	5	1	5	5	1	4	1	1	4	1	2	4	2	4	5	2	4	2	5	5	2	4	2	2	4	2	2	4	2	4	119
E1018	4	1	4	2	2	2	4	2	2	2	3	1	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	5	2	2	5	2	5	5	3	5	2	3	3	2	2	4	1	2	2	107
E1019	1	1	5	1	4	1	1	5	2	2	5	1	5	5	1	1	1	1	5	1	1	5	1	2	5	5	5	5	1	5	5	15	1	4	1	1	3	3	3	2	122
E1110	3	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	4	3	2	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4	2	3	3	3	4	124
E1111	4	1	5	2	4	5	3	5	2	1	1	5	5	2	3	5	1	1	5	1	1	4	1	5	2	1	5	1	2	5	1	2	2	1	5	1	2	5	2	5	114
E1112	4	1	2	1	1	5	2	4	2	1	5	1	5	1	1	5	1	1	5	1	1	5	1	1	5	1	5	5	4	5	2	2	4	1	5	2	1	4	1	1	111
E1113	3	1	3	1	1	2	2	5	2	2	2	2	3	5	2	5	1	4	5	1	3	3	3	5	2	1	5	1	2	5	1	5	3	1	5	3	2	5	3	5	115
E1114	4	2	5	5	2	1	2	5	1	3	5	1	5	5	1	5	2	1	5	4	1	5	1	5	5	1	2	4	2	5	3	3	2	1	5	1	2	5	3	2	122
E1115	2	1	1	1	2	5	1	3	2	1	3	1	5	5	1	1	1	1	4	1	1	2	1	5	5	1	5	1	2	5	1	5	2	4	5	1	2	5	2	5	102
E1116	4	1	2	3	1	4	2	3	3	5	3	3	3	2	1	5	1	1	5	1	2	5	1	5	5	1	1	1	2	3	1	5	2	1	5	1	5	1	3	2	105
E1	1	2	5	1	1	5	2	5	2	1	5	1	1	1	1	5	1	1	5	1	1	5	3	5	5	1	5	5	2	5	2	5	2	1	5	1	2	5	2	5	114

17																																													
E118	4	1	5	1	3	1	4	5	1	1	5	2	5	5	1	1	1	1	3	1	1	5	1	5	5	1	5	1	3	5	1	1	2	1	1	1	1	5	3	1	100
E119	4	1	2	2	1	5	2	2	2	3	5	1	5	2	1	5	2	1	5	3	2	5	1	1	5	1	5	1	2	5	1	5	1	1	5	1	2	1	2	5	106
E120	1	2	5	1	3	1	3	2	3	1	2	5	1	5	1	5	1	4	5	1	1	5	1	5	5	1	2	1	2	5	2	5	2	1	5	3	2	5	3	5	113
E121	4	1	5	1	1	5	2	5	1	1	5	1	5	5	1	5	1	1	5	1	1	5	1	5	5	1	5	1	2	5	1	5	2	1	5	1	3	5	3	5	118
E122	2	1	3	2	1	5	3	4	5	2	1	1	1	1	2	2	2	3	4	2	3	5	2	3	4	1	4	2	3	4	1	3	3	1	3	1	2	5	2	5	104
E123	2	1	4	1	3	4	3	4	3	2	3	2	4	4	1	2	2	1	4	1	1	3	1	2	5	2	5	1	4	5	1	4	2	1	1	1	2	4	1	3	100
E124	1	1	3	4	5	2	2	4	1	1	5	1	3	3	1	4	1	1	4	1	1	2	1	4	4	1	3	4	2	5	3	5	1	1	3	2	3	1	1	2	97
E125	1	2	1	2	1	1	4	4	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	3	1	3	1	1	2	4	2	3	2	3	2	5	4	5	1	1	2	2	2	1	3	83
E126	4	1	4	1	2	4	1	5	1	2	5	1	3	5	1	3	1	1	2	1	2	4	1	3	5	3	1	5	3	5	1	4	3	1	2	1	2	4	1	3	102
E127	2	1	4	1	4	5	3	3	3	1	3	2	3	4	1	2	1	2	4	2	1	1	2	3	4	4	5	4	5	4	1	5	5	1	4	2	1	5	2	1	111
E128	2	1	1	1	1	2	3	4	1	1	3	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	4	1	1	2	1	1	2	3	2	67
E129	1	2	1	5	1	2	2	2	1	2	1	2	5	3	2	2	1	3	3	2	3	3	1	1	2	1	4	2	2	2	1	3	3	2	2	2	2	4	2	3	88
E130	3	1	3	2	1	4	3	4	4	1	2	1	2	2	1	4	1	1	4	1	2	4	2	5	4	4	2	1	4	1	2	5	4	1	4	1	2	4	2	5	104
E131	2	5	4	2	2	4	1	2	2	5	4	3	4	4	1	4	3	3	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	5	4	5	3	5	5	5	5	5	3	4	3	148
E132	2	5	4	2	2	4	1	2	2	5	4	3	4	4	1	4	3	3	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	5	4	5	3	5	5	5	5	5	3	4	3	148
E133	2	5	4	2	2	4	1	2	2	5	4	3	4	4	1	4	3	3	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	5	4	5	3	5	5	5	5	5	3	4	3	148
E134	2	5	4	2	2	4	1	2	2	5	4	3	4	4	1	4	3	3	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	5	4	5	3	5	5	5	5	5	3	4	3	148
E135	3	2	4	1	2	4	3	4	4	2	5	2	4	4	2	5	4	2	1	1	2	4	2	5	4	3	5	1	5	5	1	5	4	2	5	2	3	3	2	2	124

E136	2	1	1	1	1	2	3	4	1	1	3	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	4	1	1	2	1	1	2	3	2	67
E137	2	1	3	3	4	5	4	5	4	2	4	2	4	5	2	3	2	2	4	2	2	5	2	4	4	2	5	2	4	5	2	4	4	2	4	2	2	5	2	4	129
E138	5	1	5	2	1	5	2	5	4	1	4	1	5	5	1	4	4	1	2	1	1	5	1	4	5	3	5	2	4	5	1	4	5	1	4	1	3	3	3	3	122
E139	4	3	3	2	4	3	4	4	3	2	4	2	5	5	4	3	4	4	5	3	2	4	3	4	5	3	4	3	3	5	4	3	5	4	3	3	4	5	3	5	146
E140	1	1	5	1	1	3	3	5	1	2	5	1	5	5	3	3	4	1	5	5	1	1	5	5	5	3	5	1	5	5	1	5	5	1	5	1	1	5	3	5	128
E141	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	5	4	2	2	1	1	1	2	1	4	3	3	2	1	2	2	1	1	1	4	4	1	1	1	4	1	1	1	77
E142	5	1	5	1	1	5	1	5	5	1	3	1	5	5	1	3	3	1	3	1	5	5	1	5	5	5	5	1	5	1	1	5	5	1	5	1	1	5	1	5	124
E143	4	2	5	2	2	5	5	5	5	2	5	2	5	5	2	5	4	2	5	2	2	5	2	5	5	5	5	2	5	5	2	5	5	2	5	2	1	5	2	5	149
E144	2	2	3	1	2	4	1	3	2	4	1	2	4	4	2	1	1	1	3	1	1	5	1	5	5	3	3	1	3	5	1	5	3	1	3	1	1	3	3	3	100
E145	2	1	4	1	1	4	4	4	1	1	4	1	5	5	1	5	2	1	5	2	2	5	1	5	5	4	5	1	3	5	5	5	1	1	5	1	2	5	2	5	122
E146	3	1	3	3	5	1	3	1	3	1	3	1	5	5	1	3	1	1	1	1	1	5	1	5	3	3	5	3	5	5	1	5	5	1	5	3	1	1	5	3	112
E147	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	2	4	5	4	5	5	1	5	5	5	5	4	5	5	1	5	5	1	5	4	1	5	4	3	148
E148	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	4	3	4	112
E149	1	1	1	4	4	1	1	1	1	1	4	1	1	4	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1	4	4	1	4	4	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	76
E150	1	1	3	1	1	3	2	4	2	1	3	1	5	1	2	3	3	1	3	1	2	5	1	3	5	3	3	2	3	5	1	3	3	2	3	1	1	3	3	5	99
E151	5	1	5	1	2	1	3	1	2	1	3	2	2	4	2	1	1	1	3	2	3	2	4	1	1	4	2	3	5	2	5	1	3	4	2	2	5	1	2	1	96
E152	2	1	5	1	2	4	2	5	4	4	3	5	5	5	4	4	3	1	5	1	4	5	2	5	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	2	4	5	4	4	1	148
E153	1	1	2	2	2	2	2	2	3	1	4	1	2	2	1	2	1	1	5	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	2	1	1	1	65
E15	1	2	4	2	1	5	3	4	3	5	4	2	2	5	1	5	2	1	2	5	1	4	1	5	4	4	5	1	5	5	1	4	4	1	5	1	1	1	2	1	115

| | | |

Anexo 07

JUICIO DE EXPERTOS

JUEZ 01

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor(a)(ita): Dr./Mg./Psicól.
Ps. Roxana Masias Figueroa

Presente:

Asunto: Validación de instrumentos a través de juicio de experto

Me es muy grato comunicarme con Usted para expresarle nuestro saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo egresadas de la Facultad de Psicología, presentamos nuestro proyecto de tesis, que requiere validar dos instrumentos de medición psicológica.

Los nombres de los instrumentos son:

- SA-45 forma abreviada del SCL-90
- Cuestionario de Community Attitudes Toward Mentally Ill (CAMI)

Siendo imprescindible contar con la aprobación de profesionales especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a Usted.

El expediente de validación, contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Matriz de consistencia

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de Usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense al presente documento.

Atentamente

Br. Norka Milene Masias Mendoza
DNI: 71107917

Br. Jossethy Celia Tomaiconza Dueñas
DNI:75757398

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE Y DIMENSIONES

Variable: Estigma Social

Los estigmas son la discrepancia entre la identidad social (ideas o creencias que ya se tiene en base una cultura o sociedad) y la identidad social real (características que pueden poseer las personas y que pueden ser comprobadas como tal), los estigmas parten de cómo las personas pueden mostrarse, con una característica resaltante que la hace ver como una persona menos agradable, de esta forma se convierte en alguien reducido y menospreciado por la sociedad (Goffman, 1963).

Existen diferentes componentes del estigma que se relacionan entre sí y que constan de que en el primer componente las personas distinguen las diferencias humanas y las etiquetan; en el segundo componente las creencias sociales relacionan a las personas que han sido etiquetadas con los indeseables y los ubican en categorías negativas; en el tercer componente las personas etiquetadas tratan de estar en distintas categorías para lograr una separación denominada "nosotros" y "ellos" y en el cuarto componente las personas etiquetadas pierden niveles de estatus y experimentan la discriminación. Entonces la coexistencia de estos cuatro componentes "estereotipos, separación, pérdida de estatus y discriminación" serían los causantes de una situación en dónde exista el estigma. (Link & Phelan 2001)

Dimensión 1: Autoritarismo

Opiniones acerca de las personas con enfermedades mentales como inferiores a las que lo padecen. (Taylor & Dear,1981)

Dimensión 2: Benevolencia

Evalúa actitudes de protección hacia los pacientes, pueden ser tomadas como actitudes paternalistas. (Taylor & Dear,1981)

Dimensión 3: Rechazo Social

Peligro que representan las personas con enfermedades mentales para la sociedad. (Taylor & Dear,1981)

Dimensión 4: Ideología de la Comunidad

Actitudes y creencias con respecto a la reinserción a la sociedad de las personas con enfermedades mentales. (Taylor & Dear, 1981)

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLE

Variable: Estigma Social			
Dimensiones	**indicadores**	**ítems**	**Niveles o rangos**
1) Autoritarismo	Opiniones acerca de las personas con enfermedad mental como una clase inferior a los individuos sanos	1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37	Escala Likert (1-5) Nada = 0 Un poco = 1 Moderadamente = 2 Bastante = 3 Extremadamente = 4
2) Benevolencia	Actitudes de acogida hacia los pacientes, pero que pueden llegar a representar una actitud paternalista	2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38	
3) Rechazo Social	Evalúa el peligro para la sociedad y sugiere que la gente con enfermedad mental se debe limitar, tanto antes como después de la hospitalización	3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39	
4) Ideología de la Comunidad	Actitudes y creencias relacionadas con la inserción de las personas con enfermedad mental en la comunidad y en la sociedad en general	4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40	

Fuente: Elaboración propia

MATRIZ DE CONSISTENCIA							
DIMENSIONES / ítems	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		Sugerencias
DIMENSIÓN 1: AUTORITARISMO	Si	No	Si	No	Si	No	
En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital	X		X		X		
Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra	X		X		X		
Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales	X		X		X		
Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental	X		X		X		
Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño	X		X		X		
Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratadas como marginados sociales.	X		X		X		
La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave	X		X		X		
Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto	X		X		X		
Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad	X		X		X		
Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental	X		X		X		

DIMENSIÓN 2 Benevolencia	SI	No	SI	No	SI	No	
Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales	X		X		X		
Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad	X		X		X		
Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo	X		X		X		
Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público	X		X		X		
Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales	X		X		X		
Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales	X		X		X		
Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales	X		X		X		
Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión	X		X		X		
Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales	X		X		X		
Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: Rechazo social	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad	X		X		X		
Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente	X		X		X		
Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado	X		X		X		

Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio	X		X		X		
No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental	X		X		X		
Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal	X		X		X		
Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público	X		X		X		
No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales	X		X		X		
No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales	X		X		X		
En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros	X		X			X	fundamentar o modificar el término "canguro"
DIMENSIÓN 4: Ideología de la comunidad	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad	X		X		X		
La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio	X		X		X		
Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad	X		X		X		
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	X		X		X		

Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local	X		X		X		
Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios	X		X		X		
La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes	X		X		X		
. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales	X		X		X		
Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental	X		X		X		
Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Es suficiente

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [ ] **Aplicable después de corregir [X]** **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador:

Masias Figueroa Roxana

DNI: 24005273

Especialidad del validador: Psicóloga

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Roxana Masias Figueroa
CPP 9618

Firma del experto informante

Variable: Salud Mental

Se asume la presencia de síntomas psicopatológicos que generen malestar psicológico manifestando una gama de síntomas cognitivo-conductuales, que expresaría la ausencia de salud mental: somatización, obsesión/compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Derogatis & Savitz (2000)

Dimensión 1: DEPRESIÓN

Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas. Davison et al. (1997)

Dimensión 2: HOSTILIDAD

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo. Davison et al. (1997)

Dimensión 3: SENSITIVIDAD INTERPERSONAL

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes Davison et al. (1997)

Dimensión 4: SOMATIZACIONES

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).Davison et al. (1997)

Dimensión 5: ANSIEDAD

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos. Davison et al. (1997)

Dimensión 6: PSICOTICISMO

Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión contínua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento Davison et al. (1997)

Dimensión 7: OBSESIÓN-COMPULSIÓN

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados. Davison et al. (1997)

Dimensión 8: ANSIEDAD FÓBICA

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca. Davison et al. (1997)

Dimensión 9: IDEACIÓN PARANOIDE

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía. Davison et al. (1997)

Variable: Salud Mental			
Dimensiones	**indicadores**	**ítems**	**Niveles o rangos**
1) Depresión	•Signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos •Vivencias disfóricas, de desánimo, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía. •Ideas autodestructivas •Manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos	9, 10, 11, 27, 42	Escala Likert (0-4) Nada = 0 Un poco = 1 Moderadamente = 2 Bastante = 3 Extremadamente = 4
2) Hostilidad	•Pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.	7, 34, 35, 39, 43	
3) Sensibilidad Interpersonal	•Sentimientos de timidez y vergüenza •Tendencia a sentirse inferior a los demás •Hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas •Incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales	14, 15, 17, 32, 36	
4) Somatización	•Síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal •Síntomas relacionados con alteraciones neurovegetativas en general •Síntomas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular constituye las manifestaciones psicosomáticas o funcionales.	18, 23, 26, 29, 31	

5) Ansiedad	•Signos y síntomas propios de las manifestaciones clínicas de la ansiedad •Signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicosomáticas	6, 12, 30, 38, 41	
6) Psicoticismo	•Sentimientos de alienación social	1, 4, 13, 33, 45	
7) Obsesión-Compulsión	•Describe conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar. •Vivencias y fenómenos cognitivos característicos de los trastornos y personalidad obsesivas.	16, 20, 21, 25, 28	
8) Ansiedad Fóbica	•Valorar las distintas variantes de la experiencia fóbica •Conductas evitativas o de huida •Síntomas relacionados con agorafobia y fobia social	3, 8, 22, 24, 37	
9) Ideación Paranoide	•Reconocer los distintos aspectos de la conducta paranoide •Características propias del pensamiento •Miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control	2, 5, 19, 40, 44	

MATRIZ DE CONSISTENCIA

DIMENSIONES / ítems	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		Sugerencias
DIMENSIÓN 1: Depresión	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Sentirse solo/a	X		X		X		
Sentirse triste	X		X		X		
No sentir interés por las cosas	X		X		X		
Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	X		X		X		
La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	X		X		X		
DIMENSIÓN 2: Hostilidad							
Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	X		X		X		
Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	X		X		X		
Tener ganas de romper algo	X		X		X		
Tener discusiones frecuentes	X		X		X		
Gritar o tirar cosas	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: Sensibilidad interpersonal	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	X		X		X		
La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	X		X		X		
Sentirse inferior a los demás	X		X		X		
Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	X		X		X		
Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	X		X		X		
DIMENSIÓN 4: Somatización							
Dolores musculares	X		X		X		
Sentir calor o frío de repente	X		X		X		
Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	X		X		X		
Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	X		X		X		
Pesadez en los brazos o en las piernas	X		X		X		

DIMENSIÓN 5: Ansiedad	Si	No	Si	No	Si	No	
Tener miedo de repente y sin razón	X		X		X		
Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	X		X		X		
Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	X		X		X		
Ataques de terror o pánico	X		X		X		
Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	X		X		X		
DIMENSIÓN 6: Psicoticismo							
La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	X		X		X		
Oír voces que otras personas no oyen	X		X		X		
Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	X		X		X		
Tener pensamientos que no son suyos	X		X		X		
La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	X		X		X		
DIMENSIÓN 7: Obsesión – Compulsión	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	X		X		X		
Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	X		X		X		
Tener dificultades para tomar decisiones	X		X		X		
Que se le quede la mente en blanco	X		X		X		
Tener dificultades para concentrarse	X		X		X		
DIMENSIÓN 8: Ansiedad fóbica							
Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	X		X		X		
Miedo a salir de casa solo/a	X		X		X		
Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	X		X		X		
Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	X		X		X		
Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	X		X		X		

DIMENSIÓN 9: Ideación paranoide							
Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	X		X		X		
La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	X		X		X		
Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	X		X		X		
El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	X		X		X		
La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Hay Suficiencia

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] **Aplicable después de corregir [ ]** **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador:

Masías Figueroa Roxana

DNI: 24005223

Especialidad del validador: Psicóloga

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Roxana Masías Figueroa
C.Ps.P 9618

Firma del experto informante

JUEZ 02

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Una recomendación sería que las preguntas puedan ser en 1ra. persona del 2do test de Salud mental

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [ ] **Aplicable después de corregir [ ]** **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador:

Velazque Farfan Judith Zuita

DNI: 75975644

Especialidad del validador: Neuropsicología clínica

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Judith Z. Velazque Farfán
PSICÓLOGA
C.Ps.P Nº 37585

Firma del experto informante

JUEZ 03

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

* SA 45 -> Se observa solo 36 ítems de los 40 mencionados en su matriz
* Cuestionario Community Attitudes toward Mentally III (CAMI) -> les recomiendo realizar las preguntas o afirmaciones usando 1° pronombre

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [ ] **Aplicable después de corregir [X]** **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador:

Ciprián Vallenas Vanessa Juliana

DNI: 42641094

Especialidad del validador: Psicologa

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Vanessa Y. Ciprián Vallenas
PSICOLOGA
C.Ps.P 13160

Firma del experto informante

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

JUEZ 04

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] **Aplicable después de corregir [ ]** **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador:

LEON TORRES ALIPIO

DNI: 23944331

Especialidad del validador: Psicologo

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

ALIPIO LEON TORRES
PSICOLOGO
C.Ps.P. 9202
HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II

Firma del experto informante

JUEZ 05

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

NINGUNA

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [V] **Aplicable después de corregir [ ]** **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador:

ZEA CANAL CARLOS MIGUEL

DNI: .....

Especialidad del validador: PSICOTERAPIA

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Carlos Miguel Zea Canal
PSICOLOGO
C.Ps.P 17404

Firma del experto informante

Anexo 08

EVIDENCIA FOTOGRAFICA DE LAS PRUEBAS LLENAS Y SUS CONSENTIMIENTOS

Consentimiento Informado

Yo Identificado (a): LAB

, actuando a mi nombre y en calidad de participante evaluado en la investigación, acepto participar de manera voluntaria del proceso de recolección de datos para el proyecto en mención, realizado por las investigadoras:

NORKA MILENE MASIAS MENDOZA

JOSSETHY CELIA TOMAICONZA DUEÑAS

Me comprometo a participar y a responder las preguntas de manera sincera, así como a colaborar en las actividades necesarias para el proceso, si se me solicita. Autorizo que el uso de los datos obtenidos durante la investigación sea exclusivamente con fines académicos.

Expreso que los investigadores me han explicado con antelación el objetivo y alcances de dicho proceso.

FIRMA: .....

Prueba SCL-45

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. **Indique cuanto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) rodeando con un circulo el número que corresponda.**
Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

	0 Nada en absoluto	1 Un poco presente	2 moderado	3 Bastante	4 Mucho o extremado
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
02. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
03. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
04. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
05. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
06. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
07. Tengo arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
08. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
09. Me sentirse solo/a constantemente	0	1	2	3	4
10. Por lo general te sientes triste	0	1	2	3	4
11. No sientes interés por las cosas	0	1	2	3	4
12. Me siento nervioso o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
14. Tengo la sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
15. Me parece que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
16. Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las estoy haciendo bien	0	1	2	3	4
17. Me siento inferior a los demás	0	1	2	3	4
18. Tienes dolores musculares	0	1	2	3	4
19. Tengo la sensación de que las otras personas me miran o hablan de mi	0	1	2	3	4
20. Tengo que comprobar una y otra vez todo lo que hago	0	1	2	3	4
21. Tengo dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4

.. Siento miedo al viajar en autobús, avión u otros	0	1	2	3	4
23. Siento calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tengo que evitar ciertos lugares o situaciones porque me dan miedo	0	1	2	3	4
25. Se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Siento entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27. Me siento desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tengo dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Siento débil alguna parte de mi cuerpo	0	1	2	3	4
30. Me siento preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Siento pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Me siento incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
33. Tengo pensamientos que no son míos	0	1	2	3	4
34. Siento el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tengo ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Me siento muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37. Tengo miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0	1	2	3	4
38. Tengo ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. Tengo discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. Siento que otros no le reconocen adecuadamente mis logros	0	1	2	3	4
41. Me siento inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. Tengo la sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Siento ganas de gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. Tengo la impresión de que la gente intentara aprovecharse de mi si los dejara	0	1	2	3	4
45. Tengo la idea de que debería ser castigado/a por mis pecados	0	1	2	3	4

Clave de corrección:
Hostilidad: 7, 34, 35, 39, 43; Somatización: 18, 23, 26, 29, 31; Depresión: 9, 10, 11, 27, 42; Obsesión-compulsión: 16, 20, 21, 25, 28; Ansiedad: 6, 12, 30, 38, 41; Sensibilidad interpersonal:
14, 15, 17, 32, 36; Ansiedad fóbica: 3, 8, 22, 24, 37; Ideación paranoide: 2, 5, 19, 40, 44; Psicoticismo: 1, 4, 13, 33, 45

CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (CAMI)

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre enfermedades mentales y las personas que las padecen. El concepto de personas con enfermedades mentales se refiere a personas que necesitan tratamiento para trastornos mentales, pero que son capaces de vivir de forma independiente fuera de un hospital. Debes marcar con un círculo la respuesta que refleja más adecuadamente tu reacción a cada frase. La primera reacción es la más importante. No te preocupes si algunas son parecidas a otras que ya has respondido anteriormente. Por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta.

Preguntas	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni acuerdo ni desacuerdo	4 No estoy de acuerdo	5 Totalmente en desacuerdo
1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital	1	2	3	4	5
2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad	1	2	3	4	5
4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad	1	2	3	4	5
5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra	1	2	3	4	5
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad	1	2	3	4	5
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio	1	2	3	4	5
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales	1	2	3	4	5
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo	1	2	3	4	5
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado	1	2	3	4	5
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad	1	2	3	4	5
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.	1	2	3	4	5

4. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro le dinero público	1	2	3	4	5
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio	1	2	3	4	5
16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los vecinos son demasiado grandes	1	2	3	4	5
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño	1	2	3	4	5
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental	1	2	3	4	5
20. Los vecinos deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local	1	2	3	4	5
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.	1	2	3	4	5
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal	1	2	3	4	5
24. Los vecinos tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios	1	2	3	4	5
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave	1	2	3	4	5
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público	1	2	3	4	5
28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes	1	2	3	4	5
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento que no sirve	1	2	3	4	5
30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión	1	2	3	4	5
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5

32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales	1	2	3	4	5
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad	1	2	3	4	5
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental	1	2	3	4	5
37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental	1	2	3	4	5
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales	1	2	3	4	5
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como ayudante	1	2	3	4	5
40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales	1	2	3	4	5

Consentimiento Informado

Yo Identificado (a): C.D.G.

actuando a mi nombre y en calidad de participante evaluado en la investigación, acepto participar de manera voluntaria del proceso de recolección de datos para el proyecto en mención, realizado por las investigadoras:

NORKA MILENE MASIAS

MENDOZA JOSSETHY CELIA

TOMAICONZA DUEÑAS

Me comprometo a participar y a responder las preguntas de manera sincera, así como a colaborar en las actividades necesarias para el proceso, si se me solicita. Autorizo que el uso de los datos obtenidos durante la investigación sea exclusivamente con fines académicos.

Expreso que los investigadores me han explicado con antelación el objetivo y alcances de dicho proceso.

FIRMA:.....

CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (CAMI)

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre enfermedades mentales y las personas que las padecen. El concepto de personas con enfermedades mentales se refiere a personas que necesitan tratamiento para trastornos mentales, pero que son capaces de vivir de forma independiente fuera de un hospital. Debes marcar con un círculo la respuesta que refleja más adecuadamente tu reacción a cada frase. La primera reacción es la más importante. No te preocupes si algunas son parecidas a otras que ya has respondido anteriormente. Por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta.

Preguntas	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni acuerdo ni desacuerdo	4 No estoy de acuerdo	5 Totalmente en desacuerdo
1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital	1	2	3	(4)	5
2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales	(1)	2	3	4	5
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad	1	2	3	(4)	5
4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad	(1)	2	3	4	5
5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra	1	(2)	3	4	5
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad	1	2	3	(4)	5
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente	1	(2)	3	4	5
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio	1	2	3	(4)	5
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales	1	2	3	(4)	5
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo	1	(2)	3	4	5
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado	1	2	3	4	(5)
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad	(1)	2	3	4	5
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.	1	2	3	4	(5)

14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público	1	2	3	4	5
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio	1	2	3	4	5
16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los vecinos son demasiado grandes	1	2	3	4	5
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño	1	2	3	4	5
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental	1	2	3	4	5
20. Los vecinos deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local	1	2	3	4	5
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.	1	2	3	4	5
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal	1	2	3	4	5
24. Los vecinos tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios	1	2	3	4	5
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave	1	2	3	4	5
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público	1	2	3	4	5
28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes	1	2	3	4	5
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento que no sirve	1	2	3	4	5
30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión	1	2	3	4	5
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5

32. Los centros de salud mental deberian estar fuera de barrios residenciales	1	2	3	(4)	5
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad	1	(2)	3	4	5
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales	1	(2)	3	4	5
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales	1	2	3	(4)	5
36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental	1	2	3	4	5
37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental	1	(2)	3	4	5
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales	1	2	3	(4)	5
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como ayudante	1	(2)	3	4	5
40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales	1	2	3	(4)	5

Prueba SCL-45

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. **Indique cuanto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) rodeando con un círculo el número que corresponda.**
Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

	0 Nada en absoluto	1 Un poco presente	2 moderado	3 Bastante	4 Mucho o extremado
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	(1)	2	3	4
02. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	(2)	3	4
03. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	(0)	1	2	3	4
04. Oir voces que otras personas no oyen	0	(1)	2	3	4
05. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	(2)	3	4
06. Tener miedo de repente y sin razón	(0)	1	2	3	4
07. Tengo arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	(2)	3	4
08. Miedo a salir de casa solo/a	(0)	1	2	3	4
09. Me sentirse solo/a constantemente	(0)	1	2	3	4
10. Por lo general te sientes triste	0	(1)	2	3	4
11. No sientes interés por las cosas	0	(1)	2	3	4
12. Me siento nervioso o con mucha ansiedad	0	1	(2)	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	(2)	3	4
14. Tengo la sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	(1)	2	3	4
15. Me parece que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	(0)	1	2	3	4
16. Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las estoy haciendo bien	0	(1)	2	3	4
17. Me siento inferior a los demás	(0)	1	2	3	4
18. Tienes dolores musculares	0	1	(2)	3	4
19. Tengo la sensación de que las otras personas me miran o hablan de mi	0	(1)	2	3	4
20. Tengo que comprobar una y otra vez todo lo que hago	0	1	(2)	3	4
21. Tengo dificultades para tomar decisiones	0	1	(2)	3	4

22. Siento miedo al viajar en autobús, avión u otros	0	1	2	3	4
23. Siento calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tengo que evitar ciertos lugares o situaciones porque me dan miedo	0	1	2	3	4
25. Se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Siento entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27. Me siento desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tengo dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Siento débil alguna parte de mi cuerpo	0	1	2	3	4
30. Me siento preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Siento pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Me siento incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
33. Tengo pensamientos que no son míos	0	1	2	3	4
34. Siento el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tengo ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Me siento muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37. Tengo miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0	1	2	3	4
38. Tengo ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. Tengo discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. Siento que otros no le reconocen adecuadamente mis logros	0	1	2	3	4
41. Me siento inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. Tengo la sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Siento ganas de gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. Tengo la impresión de que la gente intentara aprovecharse de mi si los dejara	0	1	2	3	4
45. Tengo la idea de que debería ser castigado/a por mis pecados	0	1	2	3	4

Clave de corrección:
Hostilidad: 7, 34, 35, 39, 43; Somatización: 18, 23, 26, 29, 31; Depresión: 9, 10, 11, 27, 42; Obsesión-compulsión: 16, 20, 21, 25, 28; Ansiedad: 6, 12, 30, 38, 41; Sensibilidad interpersonal:
14, 15, 17, 32, 36; Ansiedad fóbica: 3, 8, 22, 24, 37; Ideación paranoide: 2, 5, 19, 40, 44; Psicoticismo: 1, 4, 13, 33, 45

Anexo 09

SOLICITO: Permiso para realizar Trabajo de Investigación

SEÑORA RUTH CARLA TTICA PERALTA
DIRECTORA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL "SAN JUAN PABLO II"

Nosotras, MASIAS MENDOZA NORKA MILENE, identificada con DNI N° 71107917; TOMAICONZA DUEÑAS JOSSETHY CELIA identificada con DNI N°75757398. Ante Ud. respetuosamente nos presentamos y exponemos:

Que, habiendo culminado la carrera profesional de **PSICOLOGÍA** en la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, solicito a Ud. permiso para realizar trabajo de Investigación en su Institución sobre **"ESTIGMA SOCIAL Y SALUD MENTAL EN FAMILIARES DIRECTOS DE USUARIOS DE UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL DE CUSCO"** para optar el grado de Licenciadas en psicología.

POR LO EXPUESTO:

Expongo a usted acceder a mi solicitud.

Cusco, 26 de noviembre del 2024

TOMAICONZA DUEÑAS JOSSETHY CELIA
DNI. 75757398

MASIAS MENDOZA NORKA MILENE
DNI. 71107917

CONSTANCIA

Se deja constancia que:

NORKA MILENE MASIAS MENDOZA y **JOSSETHY CELIA TOMAICONZA DUEÑAS** realizaron su **Proyecto de Investigación** en esta institución, desarrollando sus actividades académicas conforme a lo autorizado y coordinado con las áreas correspondientes del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II.

El referido proyecto se ejecutó cumpliendo con las normas y disposiciones institucionales vigentes.

Se expide la presente constancia para ser presentada ante su universidad y anexada a su tesis, para los fines académicos correspondientes.

Cusco, 30 de diciembre de 2025.

Atentamente,



Anexo 10

EVIDENCIA FOTOGRAFICA
















EMERGENCIA