Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

Medición del estigma internalizado en pacientes atendidos en consulta externa de un hospital de salud mental III-E, en el periodo de diciembre 2025

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Psiquiatría

AUTOR

Fiorella Beatriz VALLE SAAVEDRA

ASESOR

Dr. Juan Carlos LENGUA SÁNCHEZ

Lima - Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Valle F. Medición del estigma internalizado en pacientes atendidos en consulta externa de un hospital de salud mental III-E, en el periodo de diciembre 2025 [Proyecto de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Fiorella Beatriz Valle Saavedra
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	71569745
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0008-2347-8871
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Juan Carlos Lengua Sánchez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	06511960
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0004-5808-4793
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Enrique Javier Bojórquez Giraldo
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10476255
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Jeff David Huarcaya Victoria
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	46064146
Datos de investigación	

Línea de investigación	A.01.18.19 Salud mental, ciudadanía, paz y justicia social
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Hospital Hermilio Valdizán País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Santa Anita Calle: Carretera Central 1315 Latitud: -12.045774° Longitud: -76.945976°
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2025
URL de disciplinas OCDE	**Psiquiatría**: https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Vicedecanato de Investigación y Posgrado

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION EN MEDICINA HUMANA

INFORME DE CALIFICACIÓN

MÉDICO: **VALLE SAAVEDRA FIORELLA BEATRIZ**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

MEDICION DEL ESTIGMA INTERNALIZADO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL III-E, EN EL PERIODO DE DICIEMBRE 2025

AÑO DE INGRESO: **2023**

ESPECIALIDAD: **PSIQUIATRIA**

SEDE: **HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN**

Lima, 31 de octubre 2026

DOCTOR
MORZAN DELGADO, JOHNNY RICARDO
COORDINADOR DEL PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA HUMANA.

EL COMITÉ DE LA ESPECIALIDAD EN **PSIQUIATRIA**, HA EXAMINADO EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE LA REFERENCIA, EL CUAL HA SIDO:

SUSTENTADO Y APROBADO [X] **OBSERVADO** [ ]

NOTA: [17]

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSGRADO
Programa de Segunda Especialidad en Medicina
Dr. ENRIQUE BOJORQUEZ GIRALDO
Presidente Comité de la Especialidad
Firmado

DR. BOJORQUEZ GIRALDO ENRIQUE JAVIER
COMITÉ DE LA ESPECIALIDAD EN **PSIQUIATRIA**

C.c. UPG
Comité de Especialidad
Interesado

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1
CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Juan Carlos Lengua Sánchez en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen de Inscripción del Proyecto de Investigación N° 002223-2026-UPG-VDIP-FM/UNMSM, cuyo título es "MEDICION DEL ESTIGMA INTERNALIZADO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL III-E, EN EL PERIODO DE DICIEMBRE 2025", presentado por el medico FIORELLA BEATRIZ VALLE SAAVEDRA, para optar el título de **Segunda Especialidad Profesional** en PSIQUIATRÍA. CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 6 % de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título de Segunda Especialidad Profesional en PSIQUIATRÍA.

Lima, 9 de noviembre de 2026



Firma del Asesor

Nombres y Apellidos del asesor: Juan Carlos Lengua Sánchez

DNI: 06511960

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

INDICE

I CAPITULO I:

DATOS GENERALES

1.1 Título

1.2 Área de Investigación

1.3 Autor responsable del proyecto

1.4 Asesor

1.5 Institución

1.6 Entidades o Personas con las que se coordinará el proyecto

1.7 Duración

1.8 Clave del Proyecto

II CAPITULO II:

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción del Problema

2.1.2 Antecedentes del Problema

2.1.3 Fundamentos

2.1.3.1 Marco Teórico

2.1.3.2 Marco referencial

2.1.4 Formulación del Problema

2.2 Hipótesis

2.3 Objetivos de la Investigación

2.3.1 Objetivo General

2.3.2 Objetivos Específicos

2.4 Evaluación del Problema

2.5 Justificación e Importancia del Problema

2.5.1 Justificación Legal

2.5.2 Justificación Teórico – Científico

2.5.3 Justificación Práctica

III CAPITULO III:

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio
3.2 Diseño de Investigación
3.3 Universo de pacientes que acuden a la Institución
3.4 Población a estudiar
3.5 Muestra de Estudio o tamaño muestral
3.6 Criterios de Inclusión y Exclusión
3.6.1 Criterios de inclusión
3.6.2 Criterios de Exclusión
3.7 Variable de Estudio
3.7.1 Independiente
3.7.2 Dependiente
3.7.3 Intervinientes
3.8 Operacionalización de Variables
3.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos
3.10 Procesamiento y Análisis de Datos
3.11 Aspectos éticos

IV CAPÍTULO IV:
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS
4.1 Plan de acciones
4.2 Asignación de Recursos
4.2.1 Recursos Humanos
4.2.2 Recursos Materiales
4.3 Presupuesto o Costo del Proyecto
4.4 Cronograma de Actividades

V CAPÍTULO V:
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VI CAPÍTULO VI:
ANEXOS
6.1 Definición de Términos
6.2 Consentimiento informado

6.3 Instrumentos de evaluación

6.3.1 Ficha de Recolección de Datos

6.3.2 Escala de estigma internalizado

I CAPITULO I:
DATOS GENERALES

1.1 Título

Medición del estigma internalizado en pacientes de un hospital de salud mental III-E atendidos en consulta externa, en el período de diciembre del 2025

1.2 Área de investigación

Salud mental

1.3 Autor responsable del proyecto

M.C. Fiorella Beatriz Valle Saavedra

1.4 Asesor

Médico psiquiatra Juan Carlos Lengua Sánchez

1.5 Institución

Hospital Hermilio Valdizán (HHV)

1.6 Entidades o personas con las que se coordinará el proyecto

- Hospital Hermilio Valdizán (HHV)
- Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)

1.7 Duración

Un año

1.8 Clave del proyecto

Estigma internalizado, salud mental

II CAPITULO II:
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

2.1 Planteamiento del problema

2.1.1 Descripción del problema

El estigma internalizado, o autoestigma, es un fenómeno donde los pacientes adoptan y asumen los estereotipos negativos asociados a su condición mental. Este proceso puede llevar a una disminución de la autoestima, mayor aislamiento social y una peor adherencia al tratamiento (1). Es esencial investigar este asunto, ya que el estigma internalizado tiene un impacto directo en la calidad de vida y los pronósticos de los pacientes, lo que complica su adaptación social y recuperación (2).

El estigma internalizado no solo impacta a nivel individual, sino que también tiene repercusiones en el sistema de salud en general. Los pacientes que experimentan autoestigma pueden ser menos propensos a buscar ayuda profesional, lo que puede llevar a un empeoramiento de sus síntomas y a un mayor uso de servicios de emergencia y hospitalización. El estigma internalizado, además, puede mantener el ciclo de exclusión social y discriminación, lo que a su vez puede aumentar la carga económica y social asociada a los trastornos mentales (2).

Aunque la investigación acerca del estigma internalizado ha progresado considerablemente en años recientes, todavía hay campos que no han sido suficientemente estudiados.

Aunque la investigación sobre el estigma internalizado ha progresado mucho en años recientes, todavía hay áreas que se han estudiado poco, particularmente en contextos particulares como los consultorios externos de psiquiatría. Estudios recientes han comenzado a adaptar y validar herramientas de medición del estigma en diferentes idiomas y culturas, lo que permite una evaluación más precisa y contextualizada (1). Además, se están desarrollando intervenciones innovadoras para reducir el autoestigma, como

terapias basadas en la aceptación y el compromiso, y programas de psicoeducación (3).

El interés en este ámbito investigativo proviene de su capacidad para optimizar las políticas de salud mental y las intervenciones clínicas. Comprender cómo y por qué los pacientes internalizan el estigma puede ayudar a diseñar estrategias más efectivas para combatirlo. Asimismo, esta Información puede concientizar a los profesionales de la salud y al público en general acerca de lo importante que es tratar el estigma desde un enfoque integral (2).

2.1.2 Antecedentes del Problema

1. Adewuya et al.(9) realizaron un estudio analítico, observacional y transversal en Lagos (Nigeria) con el propósito de analizar la extensión, las áreas y los elementos vinculados con el autoestigma en pacientes psiquiátricos ambulatorios. Utilizando la versión revisada de la escala Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI), se evalúa en 342 pacientes en tres centros de salud mental. Se descubrió que el 21,6% de los participantes tenía un estigma internalizado alto. El análisis multivariado reveló que las variables relacionadas con un autoestigma más elevado eran el soporte social deficiente (OR = 10.82; IC 95%: 4.85–24.84), la mayor duración de la enfermedad (OR = 10.35; IC 95%: 4.36–25.78), la presencia de *insight* completo sobre la enfermedad (OR = 4.23; IC 95%: 2.16–8.76) y la condición de desempleo (OR = 3.85; IC 95%: 2.55–7.00). Los autores concluyeron que el autoestigma es una condición prevalente vinculada estrechamente a la vulnerabilidad psicosocial y al contrasentido del insight, en el que un superior entendimiento de la enfermedad provoca que aumenta el interiorizar prejuicios requiriendo intervenciones desestigmatizantes dirigidas.
2. Mosanya et al.(10) realizaron una investigación observacional, transversal y analítica en Abeokuta (Nigeria) que tiene como finalidad analizar el autoestigma en individuos con esquizofrenia y definir cómo se relaciona este con la calidad de vida, los factores clínicos y sociodemográficos. Se examinó a 256 pacientes no hospitalizados que habían sido

diagnosticados utilizando la escala breve de evaluación psiquiátrica (BPRS) y la escala Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) y y el cuestionario WHOQOL-BREF, a través de la entrevista estructurada SCID-DSM-IV. Se halló una prevalencia de alto autoestigma del 18.8%. El análisis estadístico evidenció que el autoestigma elevado estuvo asociado de manera significativa con el bajo nivel educativo, el desempleo, los bajos ingresos económicos y una mayor severidad de la psicopatología general. Asimismo, el estigma internalizado estuvo vinculado a calificaciones considerablemente inferiores en todos los ámbitos respecto a la calidad de vida. Los investigadores del estudio llegaron a la conclusión de que el estigma internalizado es una condición común que deteriora significativamente el bienestar multidimensional de las personas con esquizofrenia, lo que pone de relieve la necesidad de incorporar intervenciones contra el estigma en un enfoque de tratamiento integral (10).

.

3. Osella(11) desarrolló un estudio observacional, transversal y analítico en Argentina con el objetivo de identificar y caracterizar el estigma internalizado en pacientes con trastorno mental severo que sumaban noventa y dos, quienes habían sido dados de alta y seguían bajo monitoreo por servicios de salud mental Buenos Aires, Córdoba y San Luis. Utilizó la Escala de Autoestigma para Enfermedades Mentales (Internalized Stigma of Mental Illness, ISMI), que cuenta con 29 elementos y evalúa los aspectos de resistencia al estigma, experiencias de discriminación, aprobación de estereotipos, aislamiento social y alienación. Los descubrimientos revelaron que la autoestigmatización se mostró, en gran medida, a través de elevados niveles de alienación y retraimiento social, dificultando la adaptación a la vida cotidiana tras el alta hospitalaria. La autora concluyó que el estigma internalizado representa un obstáculo de primer orden para el autovalimiento y la inclusión sociolaboral en la comunidad, subrayando la necesidad de incorporar programas de desestigmatización dentro de las estrategias de rehabilitación y externación psiquiátrica.

4. Sori et al.(12) realizó una investigación en el noroeste de Etiopía de tipo transversal, analística y observacional para calcular la prevalencia e identificar los elementos relacionados con el autoestigma en pacientes con trastornos mentales que son monitoreados de forma ambulatoria. Utilizaron la escala de autoestima de Rosenberg y la Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI-29) para evaluar a 365 personas. Se halló una prevalencia de alto autoestigma del 27.9% (IC 95%: 23.1%–32.6%). El análisis de regresión logística multivariada identificó como predictores independientes de mayor autoestigma a la baja autoestima, el antecedente de hospitalización psiquiátrica previa y el historial de consumo de sustancias. Por el contrario, el sexo masculino y tener un trabajo que sea formal en el sector público actuaron como factores protectores. Los autores concluyeron que el autoestigma afecta a más de una cuarta parte de los pacientes psiquiátricos y se agrava con la pérdida de autovalía, las internaciones previas y la comorbilidad por uso de sustancias, siendo indispensable focalizar intervenciones psicosociales en estos grupos de mayor vulnerabilidad.

5. Mora-Ríos et al.(13) llevaron a cabo en la Ciudad de México una investigación analítica, transversal y observacional con el propósito de examinar el estigma internalizado en sesenta y uno pacientes con trastorno mental severo y estudiar su conexión con factores psicosociales, clínicos y sociodemográficos, se utilizaron la Escala de Percepción de Consecuencias del Padecimiento (EPCP) y el Inventario de Estigma Internalizado hacia la Enfermedad Mental (ISMI). El 90% de los participantes reportó haber sido víctima de discriminación. A través de la regresión lineal múltiple, se desarrollaron que el impacto laboral justificó la variación de los modelos de resistencia al estigma (23%), adhesión a los estereotipos (21%) y alienación (33%). El 49% de la variación en la experiencia de discriminación se atribuye al diagnóstico clínico, duración del tratamiento y deterioro de los vínculos familiares; por otro lado, el 38% del retraimiento social fue explicado por el impacto en la pareja, las redes sociales y el tiempo de evolución. Los autores llegaron a la conclusión de

que el estigma internalizado es altamente modulado por las consecuencias psicosociales de la enfermedad —en particular la exclusión sociolaboral y la disfunción familiar—, lo que exige abordajes integrales más allá del control sintomático.

6. Vizcarra(14) realizó una investigación transversal, observacional, descriptivo-correlacional en Arequipa (Perú) para establecer el vínculo entre las características sociodemográficas, el diagnóstico clínico y el estigma internalizado en pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi en el 2014, él utilizó la Escala de Autoestigma en enfermedades mentales (Internalized Stigma of Mental Illness, ISMI) para medir el grado de aislamiento social, resistencia al estigma, aprobación de estereotipos y percepción de discriminación. Los resultados demostraron una presencia significativa de autoestigma en la población estudiada, observándose variaciones en la intensidad del estigma internalizado según la entidad clínica de base y las condiciones de vulnerabilidad sociodemográfica. La autora concluyó que el estigma internalizado representa una problemática prevalente en los usuarios de salud mental del contexto local, vinculada estrechamente al diagnóstico psiquiátrico y a factores sociofamiliares, lo cual subraya la pertinencia de diseñar intervenciones psicosociales dirigidas a mitigar la autoestigmatización y promover la adherencia en centros especializados del país.

7. Velasco-Molina et al. (15) realizaron una investigación transversal, analítica y observacional en Lima (Perú) en pacientes con trastorno mental severo que se habían atendido en un nosocomio especializado para poder reconocer los componentes sociodemográficos y clínicos relacionados con el autoestigma. Ciento cincuenta pacientes a través de la Escala de Autoestigma en Enfermedades Mentales (*Internalized Stigma of Mental Illness*, ISMI-29) fueron examinados, tanto los que se atendían de forma ambulatoria como los que estaban institucionalizados. Los resultados evidenciaron que el 34.7% de los evaluados presentó niveles moderados a severos de autoestigma, predominando las dimensiones de alienación y discriminación percibida. Mediante regresión logística multivariada, se

determinó que la falta de empleo remunerado (OR = 3.12; IC 95%: 1.45–6.70), el tiempo de enfermedad superior a 10 años (OR = 2.85; IC 95%: 1.20–6.75) y el antecedente de haber tenido hospitalizaciones psiquiátricas extensas (OR = 2.41; IC 95%: 1.08–5.38) acrecentaron en gran medida el riesgo de alto estigma internalizado. Los autores concluyeron que el autoestigma es una entidad prevalente en el ámbito psiquiátrico nacional, condicionada por la exclusión socioeconómica y la cronicidad del curso clínico, requiriendo estrategias de desmanicomialización y rehabilitación psicosocial focalizadas.

8. Livingston y Boyd (16) realizaron un metaanálisis y revisión sistemática internacional para poder condensar la evidencia cuantitativa empírica acerca de los correlatos y efectos del estigma internalizado en individuos con trastornos psiquiátricos. Examinaron 127 investigaciones empíricas que incorporaron a más de doce mil individuos en total, los cuales fueron evaluados principalmente a través de la escala ISMI. El estudio de efectos aleatorios reveló una relación estadísticamente significativa y sólida entre el autoestigma y la disminución de la autoestima, la esperanza y la calidad de vida general, así como con una adherencia más baja a los tratamientos farmacológicos y psicosociales. Por otro lado, mostró un vínculo positivo con una superior gravedad de las manifestaciones psicopatológicas. Los autores llegaron a la conclusión de que el autoestigma funciona como un obstáculo estructural que socava la alianza terapéutica y el pronóstico clínico, constituyendo un determinante adverso primario que perpetúa el abandono del seguimiento ambulatorio.

9. Yanos et al. (17) hicieron una investigación longitudinal, explicativa y cuantitativa en Estados Unidos para poder analizar el modelo narrativo de recuperación y establecer cómo influye el estigma internalizado como mediador sobre la adherencia terapéutica y el funcionamiento social en 122 personas con trastornos del espectro esquizofrénico seguidas durante 12 meses. Se utilizaron la escala de autoestima de Rosenberg, la de esperanza de Snyder y la Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI). Se ha demostrado a través de los modelos de ecuaciones estructurales

longitudinales que el estigma internalizado basal ejerció un efecto inhibitorio indirecto y estadísticamente significativo sobre la adherencia al tratamiento y el funcionamiento psicosocial, mediado primordialmente por el colapso de la autoestima y la pérdida de la esperanza. El estudio concluyó que la continuidad en los servicios de salud mental se ve afectada por el autoestigma, ya que este reduce las expectativas del paciente de mejorar; esto pone de manifiesto la importancia de implementar intervenciones psicoterapéuticas con el fin de resignificar el relato del proceso mórbido.

10. Kao et al. (18) realizaron un estudio analítico, transversal y observacional en Taiwán que tuvo como objetivo establecer en 310 pacientes ambulatorios que recibieron un diagnóstico de esquizofrenia la correlación entre el autoestigma, la calidad de vida y la adherencia a los medicamentos. Se emplearon la escala ISMI, la MARS (Medication Adherence Rating Scale) y el cuestionario WHOQOL-BREF, analizando los datos mediante modelos de ecuaciones estructurales (SEM). Los resultados corroboraron que el autoestigma elevado tuvo un efecto negativo sobre la adherencia a la medicación y también una repercusión negativa en la calidad de vida percibida. Además, la ausencia de adherencia funcionó como un factor mediador que acentuó el deterioro de la salud mental y física de los pacientes. Los autores llegaron a la conclusión de que interiorizar estereotipos negativos constituye un factor predictor de incumplimiento terapéutico en la consulta externa, haciendo indispensable la inclusión del tamizaje del autoestigma para preservar la adherencia farmacológica a largo plazo.

2.1.3 Fundamentos

2.1.3.1 Marco Teórico

1. Locura y trastornos psiquiátricos

La conceptualización contemporánea de los trastornos psiquiátricos y las manifestaciones de estigma asociadas a ellos no pueden comprenderse

únicamente como fallas en el procesamiento cognitivo individual o déficits biológicos aislados, sino como el resultado de una construcción sociohistórica e institucional del concepto de "locura". En este contexto, el análisis crítico desarrollado por Michel Foucault en "Historia de la locura en la época clásica" y "El nacimiento de la clínica", se ofrece el marco epistemológico esencial para comprender cómo surgió el estigma hacia los individuos con trastornos mentales desde una perspectiva estructural (19,20).

Foucault muestra que hubo un cambio de paradigma en la percepción de la locura durante la transición hacia la modernidad (siglos XVII y XVIII). Durante el Renacimiento, la locura mantenía una dimensión trágica o mística, integrada al tejido social como una forma particular de experiencia humana; sin embargo, la razón moderna se construyó sobre la base de excluir la "sinrazón" (*déraison*), con el surgimiento del racionalismo cartesiano y la Ilustración (19,21). Este proceso culminó en el fenómeno del «Gran Encierro» (*Le grand renfermement*) a partir de 1656, mediante el cual los sujetos catalogados como insensatos, improductivos o transgresores del orden moral fueron confinados en instituciones de asilamiento (como el *Hôpital Général* de París), no bajo un criterio médico o terapéutico inicial, sino bajo un imperativo de control social, segregación y profilaxis moral (19,22).

La psiquiatría alienista se institucionalizó a finales del siglo XVIII y principios del XIX, lo cual fue representado por Philippe Pinel y el retiro del confinamiento punitivo a los enfermos mentales en los hospicios de Bicêtre y la Salpêtrière. No representó una erradicación de la exclusión, sino la medicalización de la culpa y la transformación del encierro en un dispositivo disciplinario (19,23). Foucault argumenta que el asilo psiquiátrico tradicional operó como una estructura moralizadora donde la mirada médica sustituyó las cadenas físicas por mecanismos de introyección de la norma: el alienado era forzado a reconocerse como enfermo, culpable de su alteración y desprovisto de autonomía de juicio (19,24).

Es en este tránsito histórico donde radica la base epistemológica del estigma:

1. La ontologización de la peligrosidad e incapacidad**:** la psiquiatrización decimonónica asoció intrínsecamente la locura con la imprevisibilidad, la

pérdida de la razón y la amenaza al orden productivo, configurando el estereotipo fundacional del individuo alienado como un sujeto peligroso e incompetente (19,25).

2. La asimetría del poder psiquiátrico**:** como postula Foucault en sus conferencias sobre *El poder psiquiátrico* (26), la relación clínica tradicional se configuró sobre una asimetría radical, donde la palabra del paciente quedaba despojada de valor verídico frente a la autoridad del discurso médico (*biopoder* y ortopedia moral).

3. La génesis del autoestigma como interiorización de la norma**:** el dispositivo manicomial forzó al individuo a observar su propia experiencia a través de la mirada estigmatizante del otro institucional. Al internalizar el juicio de irracionalidad, incapacidad y desviación moral, el sujeto asume la devaluación de su propia identidad, mecanismo que constituye el núcleo teórico de lo que la psicopatología contemporánea define como estigma internalizado o autoestigma (21,27).

Por consiguiente, los comportamientos estigmatizantes y la subsiguiente disminución de la adherencia a tratamientos en los servicios de salud mental actuales no son sucesos aleatorios; representan la continuidad de un patrón histórico de segregación y subordinación que todavía se encuentra presente en las concepciones socioculturales sobre las enfermedades mentales (19,26,28).

2. Estigma

Entender el concepto del estigma es necesario para poder desarrollar un entendimiento de diversas experiencias de exclusión social. La palabra estigma viene del griego *stigma* cuyo significado es mancha. En términos sociales, un estigma es una condición, característica o comportamiento que lleva a que su poseedor sea incluido en un grupo social al que se le genera una respuesta negativa, ya que culturalmente se considera inaceptable o inferior. Si bien no parece que los griegos hayan tenido un estigma fuerte contra las enfermedades mentales, sí pensaban que ser enfermo era un signo

de vergüenza y debilidad de carácter, una creencia todavía presente en numerosas sociedades actuales (27).

Aplicando esta definición a la salud mental, se puede deducir que el estigma es una actitud dañina dirigida a los pacientes con enfermedades mentales y que puede dar lugar a prácticas de discriminación o ser utilizada para representar un proceso social limitado con componentes cognitivos de estructura, de actitud y de conducta que interaccionan para perpetuar inequidades sociales, trato discriminatorio y desventajas para aquellos que padecen una enfermedad mental (27).

El estigma está muy arraigado en la sociedad, con diferentes niveles dependiendo del entorno cultural del individuo en el que él se desarrolla. El estigma actúa incluso en los servicios de salud, lo cual es más serio. Frecuentemente lo hace de un modo solapado, con comportamientos que rechazan a los usuarios y mantienen prácticas que promueven la dependencia, la falta de poder y la discriminación (34).

A pesar de que los trastornos mentales son una dificultad común en términos de salud, se estima que hasta un 70% de las personas con una enfermedad mental no buscan atención, lo que tiene importantes efectos a nivel físico, emocional y socioeconómico (29).

Además, existe una gran falta de literatura referente a salud mental para el público general. Es por eso frecuente que existen discrepancias entre las posibles etiologías de los trastornos mentales, y la población tenga preferencia por aquellas de origen psicosocial más que las biológicas, así como aunado a una pobre opinión de los tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos, dando preferencia a terapias alternativas e intervenciones de autoayuda (29).

3. Estigma internalizado y trastornos psiquiátricos

Se conoce como estigma internalizado a las reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y, por lo tanto, proyectan las actitudes de estigmatización hacia su propia persona. El estigma interiorizado, al igual que el estigma público, incluye discriminación, prejuicio y estereotipos. Los individuos que toleran el prejuicio hacia sí mismos confirman el estereotipo: "Es cierto que no puedo cuidar de mí mismo y soy débil" (30).

La autoevaluación negativa implica reacciones emocionales adversas, especialmente una disminución de la autoestima y la autoeficacia. Además, lleva a respuestas conductuales; los individuos con trastornos mentales pueden no conseguir un trabajo o usar las posibilidades que tengan de vivir de manera autónoma debido a sus propios prejuicios. Si no alcanzan esta meta, a menudo es debido a la discriminación que ejercen sobre ellos mismos y no por su trastorno mental. El estigma internalizado ocurre cuando un gran número de individuos con trastornos mentales son conscientes de los estereotipos que existen acerca de su grupo, por ejemplo, que las personas con problemas mentales son incapaces. Sin embargo, al igual que el estigma público, el conocimiento no conduce necesariamente al estigma; la gente está consciente de los estereotipos, pero no los aprueba. Por lo tanto, y por suerte, para muchas personas con trastorno mental, el simple hecho de conocer los estereotipos no lleva necesariamente a que se internalice el estigma (31).

De acuerdo con lo que han demostrado las investigaciones, el estigma internalizado y el fortalecimiento son dos extremos de un continuo. En uno de estos puntos se encuentran las personas que están fuertemente influenciadas en virtud de las expectativas negativas respecto a la evolución del cuadro mental, que erosionan el sentimiento de valía personal (los "autoestigmatizados"). En la otra orilla están aquellas personas que, aun conviviendo con un problema de salud mental, no sienten que este defina su vida ni opaque lo que valen y conservan un nivel de autoestima positivo (32).

Hay individuos que son víctimas de discriminación y que sufren el estigma público, pero no se ven afectados por el estigma internalizado. Otros, en

cambio, sí lo padecen. En este sentido, los datos son confusos: algunos análisis apuntan que los individuos con enfermedad mental que tienen conocimiento de los prejuicios en su contra presentan una baja autoestima. Por otro lado, otras investigaciones no hallan que la consciencia de los estereotipos comunes cause un declive en la autoestima de aquellos con trastornos mentales (30).

Incluso de manera más sorprendente, ciertos grupos minoritarios que son estigmatizados muestran una autoestima mayor. A la circunstancia de que ciertos individuos reaccionen con indignación justificada al estigma, que a otros les dé lo mismo y que un tercer grupo se autoestigmatice, se le ha otorgado el nombre de paradoja del estigma internalizado y la enfermedad mental (33).

Los individuos que no se identifican con el grupo estigmatizado tienen una mayor probabilidad de mantenerse indiferentes al estigma, ya que no perciben que la discriminación y los prejuicios les conciernan verdaderamente. No obstante, aquellos que se identifican con el grupo de las personas con enfermedades mentales se autoinfligirán el estigma. Su reacción se ajusta en función de la legitimidad que percibe. Si piensan que las actitudes estigmatizadoras son válidas, es probable que su autoestima y autoeficacia sean reducidas. Si, en cambio, creen que el estigma público es injusto e ilegítimo, posiblemente reaccionarán con indignación justificada. Las personas que están justificadamente indignadas suelen involucrarse activamente en esfuerzos de fortalecimiento, con el propósito de reivindicar una mejor calidad en los servicios y la mejora de la asistencia. El modelo de estigma internalizado, que surgió a partir de la investigación en psicología social acerca de otros grupos estigmatizados, es útil para comprender las diversas maneras en que los individuos responden al estigma (34).

La mala adherencia al tratamiento y el mal funcionamiento social están vinculados con el estigma personal; por lo tanto, es relevante disponer de medidas apropiadas para este tipo de estigma (1). La escala Internalized

Stigma of Mental Illness (ISMI) es una de las herramientas más empleadas. Esta escala se encuentra en español.

El estigma internalizado es un proceso enrevesado que está determinado por una variedad de elementos, entre ellos las vivencias individuales de discriminación, la postura cultural hacia los trastornos mentales y los rasgos particulares de cada individuo. Por lo tanto, el estudio en este ámbito tiene la posibilidad de ofrecer una comprensión más detallada de estos elementos y de sus interacciones. La comprensión tiene el potencial de guiar el desarrollo de intervenciones más personalizadas y efectivas, con el objetivo de disminuir el autoestigma y optimizar la calidad de vida de los pacientes (2).

La posibilidad de investigar el estigma internalizado en pacientes de consultas externas de psiquiatría es elevada, ya que se cuenta con metodologías establecidas y herramientas validadas para su investigación (1). El aumento de la conciencia acerca de la relevancia de la salud mental ha hecho más fácil conseguir financiación y respaldo institucional para este tipo de estudios. La cooperación entre instituciones académicas, clínicas y comunitarias puede también incrementar la recopilación de datos y la puesta en marcha de intervenciones efectivas (3).

En consecuencia, el estudio de este ámbito puede ofrecer un entendimiento más detallado de estos factores y de cómo se relacionan entre sí. Esta comprensión puede, a su vez, guiar la creación de intervenciones más personalizadas y eficaces para disminuir el autoestigma y mejorar el bienestar de los pacientes. Es muy factible llevar a cabo una investigación sobre el estigma internalizado en los enfermos de psiquiatría que asisten a consultas externas, pues hay instrumentos validados y metodologías establecidas para ello.

El estigma internalizado puede resultar en una reducción considerable de la autoeficacia y la autoestima. Los pacientes que asimilan prejuicios negativos acerca de su estado mental pueden llegar a sentirse menos capaces y menos valiosos, lo cual tiene el potencial de impactar su motivación para participar en actividades cotidianas y en su terapia (4).

Los pacientes con alto nivel de estigma internalizado suelen mostrar una menor adherencia al tratamiento. Esto se debe a que pueden sentir vergüenza o culpa por su condición, lo que los lleva a evitar tomar medicamentos o asistir a citas médicas (5).

El estigma internalizado está estrechamente relacionado con la adaptación social. Los pacientes que se sienten estigmatizados pueden aislarse socialmente, lo que dificulta su integración en la comunidad y su participación en actividades sociales (6). Esto puede llevar a un círculo vicioso donde el aislamiento aumenta el estigma y viceversa.

Los síntomas de los trastornos mentales, como los de la depresión y la ansiedad, pueden agravarse debido al estigma internalizado. La La visión negativa de uno mismo puede incrementar la angustia emocional y el estrés, lo cual podría deteriorar el estado mental del paciente (7).

El estigma internalizado también tiene un impacto en las relaciones interpersonales. Los pacientes pueden experimentar dificultades para establecer y mantener relaciones debido a la vergüenza y el miedo al rechazo. Esto puede afectar tanto las relaciones familiares como las amistades y las relaciones románticas (8).

La percepción del estigma social está vinculada con el estigma internalizado. Los pacientes que asimilan el estigma tienden a ser más conscientes y sensibles a las posturas negativas de la sociedad respecto a las enfermedades mentales, lo cual puede incrementar su percepción de rechazo y discriminación (3).

En términos generales, los pacientes ven reducida su calidad de vida debido al estigma internalizado. Influye en varias facetas de su vida, incluyendo la salud física, el bienestar emocional, las relaciones sociales y la capacidad para llevar una vida productiva y satisfactoria (2).

El estigma internalizado puede reducir la probabilidad de que los pacientes busquen ayuda profesional. El miedo a ser juzgados o discriminados puede llevar a los pacientes a evitar buscar tratamiento, lo que puede resultar en un empeoramiento de su condición (2).

2.1.3.2 Marco referencial

La ejecución del proyecto se llevará a cabo en el Hospital Hermilio Valdizan, un establecimiento de salud levantado en 1944 en el distrito de Santa Anita que pertenece a la ciudad de Lima. Inicialmente bajo el concepto de albergar a enfermos mentales crónicos, a partir de 1961, empezó a funcionar como Hospital Psiquiátrico para pacientes adultos con trastornos mentales recuperables y desde entonces ha brindado servicios altamente especializados en salud mental a la comunidad de su jurisdicción (35).

El hospital está dividido en varios servicios para satisfacer la gran demanda de su población: Del niño y adolescente, del adulto y anciano, de las adicciones, la familia, rehabilitación, el análisis y modificación de la conducta; así como de la promoción de la salud mental. Estos departamentos brindan servicios como hospitalización, consulta externa y atención en emergencias psiquiátricas. También cuenta con programas de rehabilitación psicosocial, orientados a la reintegración social de los pacientes (36).

2.1.4 Formulación del Problema

¿Cuál es el nivel de estigma internalizado en pacientes atendidos en consulta externa de un hospital de salud mental III - E en el periodo de diciembre del 2025?

2.2 Hipótesis

No lo amerita

2.3 Objetivos de la investigación

2.3.1 Objetivo General

Determinar el nivel de estigma internalizado en pacientes de un hospital de salud mental III-E atendidos en consulta externa, en el período de diciembre del 2025.

2.3.2 Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes de un hospital de salud mental III-E atendidos en consulta externa, en el período de diciembre del 2025.

- Determinar el nivel de estigma internalizado según el diagnóstico psiquiátrico de los pacientes de un hospital de salud mental III-E atendidos en consulta externa, en el período de diciembre del 2025.

2.4 Evaluación del problema

Se efectuará a dos niveles:

En la oficina de apoyo a la investigación y docencia (OADI) del Hospital Hermilio Valdizan, cuya responsabilidad es fomentar, gestionar, coordinar y supervisar las tareas investigativas y la realización de proyectos dentro de un marco ético en términos de investigación. También tiene como tarea divulgar los resultados de estas investigaciones.

En la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, que tiene como objetivo impulsar el desarrollo académico de los médicos a través de programas educativos continuos y segundas especializaciones, además de fomentar el ejercicio de la investigación médica.

2.5 Justificación e importancia del problema

2.5.1 Justificación Legal

La investigación que se presenta se basa en los siguientes estatutos legales:

- El Título V de la Ley General de Salud peruana reconoce la importancia que tiene la investigación en salud para promover el saber.

- El reglamento del residentado médico donde estipula que el médico residente tiene la obligación de realizar trabajos de investigación con la finalidad de graduarse.

- La investigación constituye un deber fundamental e ineludible de la universidad, según la ley universitaria, y todos los profesores, alumnos y egresados deben ser parte de ella.

- Se determina que la oficina de apoyo a la docencia e investigación (OADI) según lo que menciona el ROF del Hospital Hermilio Valdizan entre sus tareas que la producción científica sea estimulada.

2.5.2 Justificación Teórico-Científica

El estigma internalizado constituye una barrera psicosocial crítica que deteriora la autoestima, la adherencia terapéutica y el pronóstico clínico al consolidar los prejuicios sociales en el autoconcepto del paciente. En el Perú, la literatura científica sobre este fenómeno en entornos clínicos de tercer nivel es aún limitada y fragmentada, por lo que el principal aporte teórico de este trabajo radica en generar evidencia actualizada y contextualizada sobre la magnitud y las dimensiones del autoestigma en usuarios ambulatorios de un centro especializado (III-E), cubriendo un vacío de conocimiento en la psiquiatría nacional y aportando una base conceptual sólida para sustentar futuras intervenciones psicoterapéuticas, psicoeducativas y de rehabilitación orientadas a la recuperación integral del paciente.

2.5.3 Justificación práctica

El hospital Hermilio Valdizán, como institución especializada, requiere investigaciones que determinen el grado de estigmatización internalizada, para así poder respaldar programas para combatir el estigma existente e incentivar proyectos nuevos que lo asocien a otras variables.

Además de que no se conoce la frecuencia del estigma internalizado en dicho nosocomio, ya que éste sería el primer estudio que aborde este tema.

Este trabajo se llevará a cabo en el Hospital Hermilio Valdizán, que fue calificado como un hospital de categoría III-E, especializado en psiquiatría.

III CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, no experimental.

3.2 Diseño de investigación

Diseño observacional, descriptivo, transversal.

3.3 Universo de pacientes que acuden a la institución

Pacientes atendidos en el hospital Hermilio Valdizán.

3.4 Población a estudiar

Pacientes atendidos en la consulta externa del hospital Hermilio Valdizán en el mes de diciembre del año 2025 y que satisfagan los criterios de exclusión e inclusión.

3.5 Muestra de estudio o tamaño muestral

Muestreo del tipo no probabilístico por conveniencia. Se aplicará la fórmula que toma en cuenta la corrección por población finita:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

- **n** = tamaño de muestra requerido.
- **N** = tamaño de la población (1041).
- **p** = frecuencia hipotética del evento de interés (0,50).
- **q** = complemento de p (1 − p = 0,50).

- **Z** = valor correspondiente al nivel de confianza del 95% (1,96).
- **d** = precisión o margen de error absoluto tolerado (0,05).

Para el tamaño de la población (N) se tomó el número de paciente atendidos en el servicio de Consulta Externa del Departamento de Salud Mental de Adultos y Gerontes, correspondientes al mes de diciembre 2025 que corresponden a 1041 (37).

Sustituyendo los valores dados:

$$n = \frac{1041 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2 \cdot (1041 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} = 280.8$$

Por ende, el tamaño de muestra requerido: 281 personas.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

3.6.1 Criterios de inclusión

1. Pacientes con más de dieciocho años.
2. Pacientes que han recibido atención en el hospital Hermilio Valdizan, en el servicio de Consulta externa.
3. Pacientes con diagnósticos psiquiátricos según el CIE-10 (F2, F3, F4, F5, F6)
4. Pacientes que acepten y rubriquen el consentimiento informado.
5. Pacientes con una historia clínica entera y que se pueda leer.

3.6.2 Criterios de exclusión

1. Pacientes por debajo de la edad de dieciocho años.
2. Pacientes de servicios distintos a la consulta externa.
3. Pacientes que tengan diagnóstico psiquiátrico según el CIE-10 (F0, F1, F7, F8, F9)
4. Pacientes sin registro de consentimiento informado suscrito.
5. Historias clínicas de los pacientes que estén incompletas.

3.7 Variable de estudio

3.7.1 Independiente:

Diagnóstico psiquiátrico

3.7.2 Dependiente:

Estigma internalizado

3.7.3 Intervinientes:

Características sociodemográficas

3.8 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE	RELACIÓN Y NATURALEZA	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
Variable independiente										
Diagnóstico psiquiátrico	Es la evaluación clínica y estructurada de los síntomas, pensamientos, emociones y conductas	Diagnostico psiquiátrico según CIE-10 registrado en la historia clínica del hospital Hermilio Valdizán	F2	F20 F21 F22 F23 F24 F25 F26 F27 F28 F29	Nominal	Categoría	Cualitativa politómica	Categórica	Historia clínica	Ficha de recolección de datos

	de una persona para identificar y clasificar un trastorno mental o del comportamiento.		F3	F30 F31 F32 F33 F34 F35 F36 F37 F38 F39	Nominal	Categoría	Cualitativa politómica	Categórica	Historia clínica	Ficha de recolección de datos
			F4	F40 F41 F42 F43 F44 F45 F46 F47 F48	Nominal	Categoría	Cualitativa politómica	Categórica	Historia clínica	Ficha de recolección de datos

				F49						
			F5	F50 F51 F52 F53 F54 F55 F56 F57 F58 F59	Nominal	Categoría	Cualitativa politómica	Categórica	Historia clínica	Ficha de recolección de datos
			F6	F60 F61 F62 F63 F64	Nominal	Categoría	Cualitativa politómica	Categórica	Historia clínica	Ficha de recolección de datos

				F65 F66 F67 F68 F69						
Variable dependiente										

Estigma internalizado	Proceso subjetivo mediante el cual una persona con diagnóstico psiquiátrico incorpora y aplica a sí misma los estereotipos, prejuicios y actitudes negativas de la sociedad, generando consecuencias	Nivel de autoestigma obtenido en la Escala ISMI.	- *Mínimo / Ausente* - *Leve* - *Moderado* - *Severo / Alto*	1.00 – 2.00 puntos 2.01 – 2.50 puntos 2.51 – 3.00 puntos 3.01 – 4.00 puntos	Ordinal	Categoría	Cualitativa politómica (u ordinal)	Variable politómica	Aplicación de la Escala de estigma internalizado	Escala de estigma internalizado

	adversas en su autoestima, autoeficacia y funcionamiento social.									
Variable interviniente										
Características sociodemográficas	Son características que describen el contexto social y económico	Conjunto de características sociodemográficas consignadas	Edad	Años cumplidos reportados	De razón	Años	Cuantitativa	Variable continua	Historia clínica	Ficha de recolección de datos
			Sexo	Masculino, Femenino	Nominal	Categoría	Cualitativa	Variable dicotómica	Historia clínica	

	de un individuo.	en la historia clínica	Nivel educativo	Primaria, Secundaria, Superior, Ninguno	Ordinal	Categoría	Cualitativa politómica	Variable sociodemográfica	Historia clínica	
			Ocupación	Empleado, Desempleado, Independiente, Estudiante	Nominal	Categoría	Cualitativa politómica	Variable sociodemográfica	Historia clínica	
			Estado civil	Soltero, Casado, Divorciado, Viudo	Nominal	Categoría	Cualitativa politómica	Variable sociodemográfica	Historia clínica	

			Lugar de procedencia	Urbano / Rural	Nominal	Categoría	Cualitativa dicotómica	Es posible que afecte la posibilidad de acceder a los servicios sanitarios y a la percepción del estigma.	Historia clínica	
			Ingresos económicos	Monto económico mensual percibido	De Razón	Soles (S/.)	Cuantitativa continua	Variable sociodemográfica	Historia clínica	

3.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El proyecto será sometido a evaluación y aprobación por la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana de la UNMSM, OADI y su Comité Institucional de Ética en Investigación. Una vez obtenidas las autorizaciones correspondientes, se solicitará el permiso formal a la jefatura de Consulta Externa con el propósito de revisar las historias clínicas y confirmar los diagnósticos ante la Oficina de Estadística e Informática, además del enfoque directo a los pacientes en sala de espera.

Más adelante, se llevará a cabo la captación de los pacientes que satisfagan los requisitos de selección. Antes de cualquier procedimiento, se detallará la naturaleza, los objetivos y la confidencialidad del estudio, y cada participante procederá a firmar el Consentimiento Informado.

Se emplearán dos instrumentos de medición y la técnica de encuesta para llevar a cabo el proceso de recolección de datos:

1. Ficha de recolección de datos sociodemográficos y clínicos:

Instrumento desarrollado personalmente por la investigadora, estructurado en 10 ítems orientados a registrar datos sociodemográficos y diagnósticos, los cuales serán corroboradas mediante la revisión de la historia clínica institucional.

2. Escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (ISMI - *Internalized Stigma of Mental Illness Scale*):

Instrumento psicométrico autoadministrado diseñado originalmente por Ritsher et al.(38) para cuantificar la vivencia subjetiva del autoestigma en personas con trastornos psiquiátricos. En el ámbito hispanohablante, se cuenta con la versión adaptada y validada al idioma castellano, la cual no ha sido validada en el Perú. Ha demostrado sólidas propiedades psicométricas en poblaciones clínicas de América Latina y España, informando una alta consistencia interna global, con un coeficiente alfa de Cronbach mayor a 0.90 (alfa de 0.91 en la escala total) (1).

La escala consta de 29 ítems distribuidos en 05 subescalas:

- Alienación (6 ítems): estudia la experiencia subjetiva de sentirse menos que una persona completa o no integrarse en la sociedad.
- Aprobación de estereotipos (7 ítems): evalúa la medida en que se concuerda con los prejuicios comunes y las creencias negativas acerca de la enfermedad mental.
- Experiencia de discriminación percibida (5 ítems): evalúa cómo percibe el trato diferencial o rechazo por parte de terceros debido a su diagnóstico.
- Aislamiento social (5 ítems): cuantifica la tendencia al retraimiento y evitación de interacciones sociales por temor al rechazo.
- Resistencia al estigma (6 ítems): evalúa la capacidad de rechazar o neutralizar los estereotipos (los ítems de esta dimensión se puntúan de forma inversa).

Cada ítem se evalúa utilizando una escala Likert de cuatro opciones: 4 = "totalmente de acuerdo", 3 = "de acuerdo", 2 = "en desacuerdo", 1 = "totalmente en desacuerdo". El puntaje total se calcula a partir del promedio simple de los ítems, que posee un rango entre 1.00 y 4.00 puntos.

Se utiliza el método de categorización de cuatro niveles estandarizado por Lysaker et al. (39) para categorizar el nivel de estigma internalizado y su punto de corte, dicho método es el siguiente:

- Estigma mínimo o ausente: 1.00 a 2.00 puntos.
- Estigma leve: 2.01 a 2.50 puntos.
- Estigma moderado: 2.51 a 3.00 puntos.
- Estigma severo / alto: 3.01 a 4.00 puntos.

Se considera que un puntaje por encima de 2.50 es el punto de corte determinante para la existencia de autoestigma clínicamente relevante.

3.10 Procesamiento y análisis de datos

La información adquirida por medio de la Escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (ISMI) y la ficha para recolectar datos será ordenada y codificada, al principio, en una base de datos que emplea el programa Microsoft Excel, posteriormente se exportará y procesará a través de la versión 29.0 del software estadístico SPSS.

Se llevará a cabo un análisis descriptivo univariado. Las frecuencias absolutas y relativas se computarán para las variables cualitativas. Con el propósito de calcular medidas de dispersión y de tendencia central para las variables cuantitativas, primero se examinará la normalidad de la distribución de los datos.

Para mostrar la prevalencia y los niveles de estigma internalizado en función de las características clínicas y sociodemográficas de la población estudiada, se emplearán tablas con doble entrada, tablas de distribución de frecuencias simples y gráficos estadísticos. Además, para analizar la fiabilidad y consistencia interna de la escala ISMI y de sus dimensiones en la muestra evaluada, se calculará el coeficiente Alfa de Cronbach.

Además, se realizará un análisis bivariado que nos permita conocer cómo se distribuyen los niveles de estigma en cada diagnóstico psiquiátrico. Para ello, cruzaremos ambas variables mediante tablas de contingencia, ubicando las categorías de estigma (mínimo/ausente, leve, moderado y severo) frente a los diagnósticos de los pacientes.

Usaremos la prueba de Chi-cuadrado para comprobar si hay diferencias estadísticas y reales entre los grupos diagnósticos. Si al construir las tablas nos encontramos con celdas que tienen muy pocos pacientes (frecuencias esperadas inferiores a 5), utilizaremos la prueba exacta de Fisher calculada por el método de Monte Carlo para asegurar la validez de los resultados. Cuando el valor de p sea inferior a 0.05, es decir, con un 95% de confianza, consideraremos que hay significancia estadística en todas las comparaciones.

3.11 Aspectos éticos

El progreso de esta investigación se regirá por el cumplimiento absoluto de los principios éticos de la Declaración de Helsinki, garantizando en todo momento el bienestar del paciente, la autonomía y un trato digno. El proyecto tendrá que ser revisado y aprobado con anterioridad por la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI) del Hospital Nacional Hermilio Valdizán, el Comité Institucional de Ética en Investigación y la Unidad de Posgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Además, se coordinará de manera directa con la Oficina de Estadística y el Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte para recibir la autorización adecuada para trabajar en consulta externa.

Dado que la investigación implica un acercamiento directo con los usuarios en sala de espera, se cuidará especialmente el marco de confianza y empatía. Antes de aplicar la ficha de datos y la escala ISMI, se explicará a cada persona, en un lenguaje sencillo y transparente, de qué trata el estudio, haciendo hincapié en que su asistencia es completamente opcional y que si se niega o se va, no cambiará para nada su consulta, sus recetas ni la atención médica. El consentimiento informado será firmado por todos los participantes como forma de oficializar su decisión. Para salvaguardar su privacidad, no se registrarán nombres en ninguna encuesta ni en la historia clínica: a cada paciente se le asignará un número de ficha, garantizando que sus respuestas y diagnósticos sean tratados con total confidencialidad y solamente para los objetivos académicos del proyecto.

IV CAPÍTULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Plan de acciones

Se realizarán los siguientes eventos:

- Se llevará a cabo una revisión detallada de la literatura y se elegirán documentos pertinentes que estén vinculados con el estudio del estigma internalizado.

- La ficha para la recolección de datos será elaborada e impresa.

- La Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina Humana de la UNMSM recibirá el proyecto.

- Implementación de la escala ISMI y la ficha para recolectar información a los pacientes que forman parte de la investigación.

- Se creará una hoja de cálculo en Microsoft Excel y los datos se introducirán en la base de datos del estudio. Después se llevará a cabo el procesamiento y el análisis de los datos.

- La redacción y presentación del informe final será llevada a cabo.

- Por último, se dará a conocer y se publicarán los resultados.

4.2 Asignación de recursos

4.2.1 Recursos humanos

- Médico investigador
- Asesor
- Estadístico
- Personal para la recolección de datos

4.2.2 Recursos materiales

Insumos para la investigación

Item	Material	Unidad de medida	Cantidad	Costo	Financiamiento
1	Hojas Bond A4 - 80 g x m2	Millar	02	38.00	Propio
2	Lapiceros	Unidad	05	25.00	Propio
3	Sobres manila A4	Unidad	15	15.00	Propio
4	USB 32 GB	Unidad	01	40.00	Propio
5	Tinta para impresora	Unidad	02	100.00	Propio
Subtotal				218.00	

SERVICIOS

Item	Material	Unidad de medida	Cantidad	Costo	Financiamiento
1	Asesor estadístico	Hora	30	1500.00	Propio
2	Servicio de fotocopias	Hora	300	30.00	Propio

3	Servicio de internet	Hora	100	100.00	Propio
4	Servicio de anillado de ejemplares	Ejemplares	3	100.00	Propio
Subtotal				1730.00	

4.3 Presupuesto del proyecto

La cifra total del proyecto es alrededor de: 1948.00 soles.

4.4 Cronograma de actividades

Actividades a realizar	2025							2026			
	Enero, febrero	Marzo, abril, mayo	Julio,agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero			
Búsqueda biblio gráfica	x	x									
Redacción y construcción del proyecto	x	x									
Presentación del proyecto		x	x								
Aprobación				x	x	x					
Aplicación							x				

del instrumento											
Interpretación y análisis de datos obtenidos								x			
Redacción del informe final									x		
Presentación del informe final										x	
Publicación de resultados											x

V CAPÍTULO V:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bengochea-Seco R, Arrieta-Rodríguez M, Fernández-Modamio M, Santacoloma-Cabero I, Gómez de Tojeiro-Roce J, García-Polavieja B, et al. Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2018;11(4):244–54. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007

2. Alarcón RD. Estigma en la práctica psiquiátrica de un hospital general. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2017;28(6):818–25. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.09.001

3. Márquez HMP, Trejo GJ, Estupiñán MFV. Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos. vertientes [Internet]. 2012 [citado el 16 de febrero de 2025];15(2). Disponible en: https://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/38901

4. Dr. Zain Ullah Khan, Dr. Ali Ahsan Mufti, Dr. Shakil Asif, Prof, Dr. Raz Muhammad Kakar, Dr. Masood Ahmad, Dr. Azra Tabassum y Sana Ullah Kakar. (2025). ESTIGMA EN TORNO A LOS TRASTORNOS DEL ÁNIMO EN LOS LUGARES DE TRABAJO DE PAKISTÁN: UN ANÁLISIS SOCIOCULTURAL Y ORGANIZACIONAL. *Revista de Terapéutica de Población y Farmacología Clínica*, *32* (3), 1392-1401. https://doi.org/10.53555/nmzf8n23

5. Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. Social Science & Medicine, 71(12), 2150-2161.

6. Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. European Psychiatry, 20(8), 529-539.

7. Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. The Lancet, 373(9661), 408-415.

8. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. Guilford Press.

9. Adewuya AO, Owoeye AO, Erinfolami AO, Ola BA. Correlates of self-stigma among outpatients with Mental Illness in Lagos, Nigeria. Int J Soc Psychiatry [Internet]. 2011;57(4):418–27. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/0020764010363522

10. Mosanya TJ, Adelufosi AO, Adebowale OT, Ogunwale A, Adebayo OK. Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. Int J Soc Psychiatry [Internet]. 2014;60(4):377–86. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/0020764013491738

11. Osella NP. TÍTULO: Evaluación del estigma internalizado en pacientes con trastorno mental grave a través de la escala de autoestigma en enfermedades mentales (ISMI) [Internet]. [Argentina]: Universidad Nacional de Córdoba; 2015. Disponible en: https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/osella_natalia_paola.pdf

12. Sori LM, Sema FD, Tekle MT. Internalized stigma and associated factors among people with mental illness at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest, Ethiopia, 2021. Int J Ment Health Syst

[Internet]. 2022;16(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s13033-022-00567-2

13. Mora-Ríos J, Ortega-Ortega M, Natera G, Bautista-Aguilar N. Auto-estigma en personas con diagnóstico de trastorno mental grave y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. Acta Psiquiátr Psicol Am. 2013; 59(3)

14. Vizcarra Chocano M. Estigma internalizado en relación al diagnostico clínico y características sociodemográficas de pacientes psiquiátricos del centro de salud mental Moisés Heresi – Arequipa 2014 [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2015. Disponible en: https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/1ab863b4-a781-41d5-8785-32bdba14a000/content

15. Velasco-Molina K, Rivera-García E, Márquez-Caraveo ME. Factores asociados al estigma internalizado en pacientes con trastorno mental grave en un hospital psiquiátrico de Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr*. 2020;83(3):145–53.

16. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010;71(12):2150–61.

17. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma, hope, self-esteem, and recovery in schizophrenia-spectrum disorders: A longitudinal test of the narrative model. *Schizophr Res*. 2008;102(1-3):116–25.

18. Kao YC, Liu YP, Lu CW, Cheng TH. Internalized stigma, medication adherence, and quality of life in outpatients with schizophrenia: A structural equation modeling approach. Compr Psychiatry. 2021; 106:152229.

19. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. 2.ª ed. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1998.

20. Foucault M. El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica. 1.ª ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2008.

21. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. Clin Psychol Sci Pract. 2002;9(1):35–53.

22. Porter R. Breve historia de la locura. 1.ª ed. Madrid: Turner Publicaciones; 2003.

23. Scull A. Madness in civilization: A cultural history of insanity, from the Bible to Freud, from the madhouse to modern medicine. Princeton: Princeton University Press; 2015.

24. Goffman E. Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 2.ª ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 2001.

25. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. Annu Rev Sociol. 2001;27(1):363–85.

26. Foucault M. El poder psiquiátrico: Curso en el Collège de France (1973-1974). 1.ª ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2005.

27. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. Am J Psychiatr Rehabil. 2010;13(2):73–93.

28. Thornicroft G. Shunned: Discrimination against people with mental illness. Oxford: Oxford University Press; 2006.

29. Bos AER, Pryor JB, Reeder GD, Stutterheim SE. Stigma: Advances in theory and research. Basic Appl Soc Psych [Internet]. 2013;35(1):1–9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/01973533.2012.746147

30. Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. Soc Sci Med [Internet]. 2007;64(7):1524–35. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013

31. Yoshii H, Akazawa K, Saito H. Self-esteem, self-stigma, and stigmatization among people with mental illness in Japan who have work experience. Psychology (Irvine) [Internet]. 2016;07(08):1174–84. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4236/psych.2016.78118

32. Quinn DM, Williams MK, Weisz BM. From discrimination to internalized mental illness stigma: The mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma. Psychiatr Rehabil J [Internet]. 2015;38(2):103–8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1037/prj0000136

33. Herek GM, Gillis JR, Cogan JC. Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. J Couns Psychol [Internet]. 2009;56(1):32–43. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1037/a0014672

34. Markowitz FE. Sociological models of mental illness stigma: Progress and prospects. En: On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change. Washington: American Psychological Association; 2005. p. 129–44.

35. Loquerías, manicomios y hospitales psiquiátricos de Lima – Fondo Editorial Cayetano [Internet]. [citado 20 de agosto de 2026]. Disponible en: https://fondoeditorial.cayetano.edu.pe/tienda/loquerias-manicomios-y-hospitalespsiquiatricos-de-lima/

36. Historia [Internet]. Hospital Hermilio Valdizan. [citado 20 de agosto de 2026]. Disponible en: http://www.hhv.gob.pe/nosotros/historia/

37. Epidemiología [Internet]. Hospital Hermilio Valdizan. [citado 20 de agosto de 2026]. Disponible en: http://www.hhv.gob.pe/nosotros/epidemiologia/

38. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiatry Res. 2003;121(1):31-49.

39. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the impact of internalized stigma on persons with severe mental illness. J Nerv Ment Dis. 2007;195(4):278-283.

40. Aguedo M. Polifarmacia psiquiátrica en pacientes con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizan durante el año 2022 [Proyecto de Investigación de Segunda Especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2024. https://hdl.handle.net/20.500.12672/2136

VI CAPÍTULO VI:
ANEXOS

6.1 Definición de términos

- Diagnóstico psiquiátrico: es la evaluación clínica y estructurada de los síntomas, pensamientos, emociones y conductas de una persona para reconocer y categorizar un trastorno de la conducta o mental.

- Estigma internalizado: Es la forma en que el enfermo psiquiátrico experimenta y vive su situación, incorporando la culpa, la vergüenza y el temor a ser discriminado por las etiquetas, los prejuicios y los estereotipos que la sociedad tiene acerca de él y de su enfermedad (3).

- Características sociodemográficas: son los datos que pertenecen a la persona, como el estado civil, la edad, el sexo y la situación laboral (40).

6.2 Consentimiento informado

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “MEDICION DEL ESTIGMA INTERNALIZADO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL III-E, EN EL PERIODO DE DICIEMBRE 2025.”

Investigadora: Fiorella Beatriz Valle Saavedra
Institución: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Lo estamos invitando a participar en un estudio para determinar el nivel de estigma internalizado que existe en los pacientes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan. Su participación es voluntaria y no está sujeta a ninguna presión externa; tiene la libertad de terminar su participación cuando lo decida, sin tener que dar explicaciones. Tiene la libertad de formular las preguntas que

desee, tomarse el tiempo necesario para determinar si desea participar y llevarse una copia sin firmar para leerla otra vez.

Si decide participar en esta investigación, se le aplicará un cuestionario de 29 preguntas que podrá completar con facilidad. Si alguna de las preguntas tiene el potencial de incomodarlo, usted tiene la libertad de responderlas o no.
Para comunicarse con el investigador, envíele un correo electrónico para obtener información sobre los resultados de la investigación.

La información que se recolecte será almacenada únicamente con códigos, y solamente los investigadores podrán acceder a la base de datos. No se revelará información que posibilite la identificación de los individuos participantes si la investigación es publicada.
Si tiene alguna otra inquietud, no dude en consultar con el investigador o el personal del estudio.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

He leído la información que se me ha facilitado en este documento, estoy al tanto de las metas del estudio y de las tareas en las que tomaré parte si opto por unirme a él. Acepto participar voluntariamente en esta investigación; además, comprendo que tengo la opción de no participar y salir del estudio cuando lo desee. He podido formular preguntas acerca de la investigación y se me han dado respuestas apropiadas. Creo que tengo un entendimiento completo de toda la información que se me ha suministrado.

Nombres y apellidos del participante

Firma:

Fecha y hora:

Nombres y apellidos del investigador: Fiorella Beatriz Valle Saavedra
Correo electrónico: fiorellavallesaavedra@gmail.com
Celular: 971957276
Firma

Fecha y hora:

6.3 Instrumentos de evaluación

6.3.1 Ficha de recolección de datos

Número de ficha:……

Edad: ……

Sexo: Masculino ….. Femenino …..

Nivel educativo: Primaria, Secundaria, Superior, Ninguno

Ocupación: Empleado, Desempleado, Independiente, Estudiante

Estado civil: Soltero, Casado, Divorciado, Viudo

Lugar de procedencia: Urbano, Rural

Ingresos económicos: _____soles

Diagnóstico psiquiátrico:

___ F2 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

___ F3 Trastornos del humor [afectivos]

___ F4 Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos

___ F5 Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos

___ F6 Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos

6.3.2 Escala de estigma internalizado

Instrucciones: Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y elija en qué proporción está de acuerdo o en desacuerdo con que esto le sucede a usted (1).

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
2. Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas	1	2	3	4

3. La gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
4. Evito relacionarme con personas que no tienen enfermedad mental para evitar el rechazo	1	2	3	4
5. Estoy avergonzado de tener una enfermedad mental	1	2	3	4
6. Las personas con enfermedad mental no deberían casarse	1	2	3	4
7. Las personas con enfermedad mental hacen contribuciones importantes a la sociedad	1	2	3	4
8. Me siento inferior a las personas que no tienen enfermedad mental	1	2	3	4
9. No me relaciono tanto como solía porque mi enfermedad mental podría hacerme parecer o comportarme raro.	1	2	3	4
10. Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida plena y gratificante	1	2	3	4
11. No hablo mucho de mí mismo porque no quiero agobiar a los demás con mi enfermedad mental	1	2	3	4
12. Los estereotipos negativos sobre la enfermedad mental me mantienen aislado del mundo “normal”	1	2	3	4
13. Estar entre personas que no tienen enfermedad mental me	1	2	3	4

hace sentir fuera de lugar o inadecuado				
14. Me siento cómodo si me ven en público con una persona que es evidente que tiene enfermedad mental	1	2	3	4
15. La gente a menudo tiene una actitud paternalista conmigo, o me trata como a un niño, solo porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
16. Estoy decepcionado conmigo mismo por tener una enfermedad mental	1	2	3	4
17. Tener una enfermedad mental ha echado a perder mi vida	1	2	3	4
18. La gente puede decir que tengo una enfermedad mental por mi aspecto	1	2	3	4
19. Debido a que tengo una enfermedad mental, necesito que los demás tomen la mayoría de las decisiones por mí	1	2	3	4
20. Me mantengo apartado de situaciones sociales con el fin de no avergonzar a mi familia o amigos	1	2	3	4
21. Las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme	1	2	3	4
22. La gente me ignora o me toma menos en serio solo porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4

23. No puedo contribuir en nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
24. Vivir con una enfermedad mental me ha hecho una persona fuerte	1	2	3	4
25. Nadie estaría interesado en relacionarse conmigo porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
26. En general, soy capaz de vivir la vida de la manera que quiero	1	2	3	4
27. Puedo tener una vida plena y satisfactoria, a pesar de mi enfermedad mental	1	2	3	4
28. Algunas personas piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
29. Los estereotipos sobre la enfermedad mental son aplicables a mí	1	2	3	4