



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Trabajo de pregrado titulado:

“Estigma social en adolescentes hacia personas con trastornos mentales graves”

Realizado por:

Martín Jaramillo Cruz

Directora del proyecto de tesis:

PhD. Gabriela Llanos Román

Como requisito a la obtención del título de:

Licenciatura en Psicología

### Declaración Juramentada

Yo, MARTÍN SEBASTIÁN JARAMILLO CRUZ, con cédula de identidad 1723565279, declaro bajo juramento que el trabajo aquí desarrollado es de mi autoría que no ha sido presentado previamente por ningún grado a calificación profesional.

A través de la presente declaración, cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondiente a este trabajo, a la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y normativa institucional vigente.



Martín Sebastián Jaramillo Cruz

C.C: 1723565279

**Declaratoria**

El presente trabajo de investigación titulado:

“Estigma social en adolescentes hacia personas con trastornos mentales graves”

Realizado por:

**Jaramillo Cruz Martín Sebastián**

Como requisito para la obtención del título de:

**Licenciado en Psicología**

Ha sido dirigido por la docente

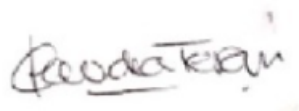


**P.h.d. M.S.c. Gabriela Llanos Román**

Quien considera que constituye un trabajo original de su autor

**Docentes Informantes:**

Después de revisar el trabajo de investigación presentado. Los docentes informantes lo han calificado como apto para su defensa oral frente a un tribunal examinador.



M.S.c. Claudia Gabriela Terán Ledesma



M.S.c. Esteban Ricaurte Ricaurte

**Dedicatoria**

A mis padres Gianina y Cristian quienes con su esfuerzo me ayudaron y apoyaron para que pueda estudiar esta carrera y enseñarme siempre a encontrar soluciones para cualquier conflicto.

A mi yo pequeño quien siempre soñó en poder ayudar a las personas desde la empatía, así como desde la comprensión y que ahora lo va a poder hacer realidad.

Finalmente quiero dedicar mi tesis a todas las personas con algún problema de salud mental que han sido afectadas por el estigma social en el país.

**Agradecimientos:**

Agradezco principalmente a Dios quien me ha permitido tener varios recursos para esta profesión, al igual de cubrirme siempre con salud y brindarme apoyo en cada dificultad encontrada a lo largo del camino.

Gracias a mis padres Cristian y Gianina quienes han sido mis principales pilares en este camino y promotores para que mis sueños se cumplan.

De igual forma, quiero agradecer a mi tutora de tesis la PhD Gabriela Llanos quien desde el día uno me apoyo en todo siendo mi guía, dándome siempre ánimos para seguir con el presente proyecto y sobre todo por su paciencia cuando tenía mil dudas.

También agradezco enormemente a todo el claustro de docentes de la Universidad Internacional SEK quienes siempre me brindaron su paciencia, apoyo en mi formación, brindarme conocimientos basados en sus experiencias como profesionales de la salud mental y sobre todo enseñarme el cómo ser un gran ser humano y que siempre debo estar en un continuo aprendizaje.

Agradezco también a las autoridades de la institución educativa donde pude realizar el presente estudio, quienes me abrieron sus puertas para que todo esto fuera posible.

**ÍNDICE:**

<b>1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b>	<b>13</b>
1.1 Problema de Investigación	13
1.2 Delimitación del problema	16
1.3 Pregunta de investigación	16
1.4 Objetivo General	16
1.5 Objetivos Específicos	16
1.6 Hipótesis	16
1.7 Justificación	17
1.8 Marco Teórico	20
1.9 Marco Conceptual	40
1.10 Consideraciones Éticas	42
<b>2. CAPÍTULO II: MÉTODO</b>	<b>42</b>
2.1 Enfoque de Investigación	42
2.2 Paradigma	43
2.3 Diseño de Investigación	43
2.4 Muestra	44
2.5 Criterios de Inclusión y Exclusión	44
2.6 Instrumento de Investigación	44
2.7 Validez y Confiabilidad del instrumento de investigación	45
2.8 Operacionalización de variables	45
2.9 Análisis de datos	46
2.10 Procedimiento	46
<b>3. CAPÍTULO III: RESULTADOS</b>	<b>47</b>
3.1 Levantamiento de datos	47
3.2 Presentación de Resultados	48
<b>4. CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN</b>	<b>113</b>
<b>5. CAPÍTULO V: CONCLUSIÓN</b>	<b>116</b>
<b>6. CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>118</b>
<b>7. CAPÍTULO VII: ANEXOS</b>	<b>122</b>

**ÍNDICE DE TABLAS:**

Tabla 1: <i>Confiabilidad del instrumento CAMI</i>	48
Tabla 2: <i>Confiabilidad instrumento CAMI con ítem extra ajeno al cuestionario</i>	48
Tabla 3: <i>Pruebas de Normalidad Kolmogorov-Smirnova</i>	49
Tabla 4: <i>Sexo</i>	49
Tabla 5: <i>Edad</i>	50
Tabla 6: <i>Curso académico</i>	51
Tabla 7: 1. <i>En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital</i>	52
Tabla 8: 2. <i>Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales</i>	53
Tabla 9: 3. <i>Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad</i>	54
Tabla 10: 4. <i>La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad</i>	55
Tabla 11: 5. <i>Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra</i>	56
Tabla 12: 6. <i>Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad</i>	57
Tabla 13: 7. <i>Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente</i>	58
Tabla 14: 8. <i>La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio</i>	59
Tabla 15: 9. <i>Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales</i>	60
Tabla 16: 10. <i>Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo</i>	61
Tabla 17: 11. <i>Un hombre o mujer sería tonto o tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado</i>	62
Tabla 18: 12. <i>Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad</i>	63
Tabla 19: 13. <i>Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.</i>	64
Tabla 20: 14. <i>Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público</i>	65
Tabla 21: 15. <i>Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio</i>	66



Tabla 22: 16. <i>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</i>	67
Tabla 23: 17. <i>Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño</i>	68
Tabla 24: 18. <i>Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales</i>	69
Tabla 25: 19. <i>No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental</i>	70
Tabla 26: 20. <i>Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local</i>	71
Tabla 27: 21. <i>Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.</i>	72
Tabla 28: 22. <i>Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales</i>	73
Tabla 29: 23. <i>Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal</i>	74
Tabla 30: 24. <i>Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios</i>	75
Tabla 31: 25. <i>La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave</i>	76
Tabla 32: 26. <i>Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales</i>	77
Tabla 33: 27. <i>Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público</i>	78
Tabla 34: 28. <i>La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes</i>	79
Tabla 35: 29. <i>Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto</i>	80
Tabla 36: 30. <i>Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión</i>	81
Tabla 37: 31. <i>No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales</i>	82
Tabla 38: 32. <i>Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales</i>	83
Tabla 39: 33. <i>Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad</i>	84
Tabla 40: 34. <i>Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales</i>	85
Tabla 41: 35. <i>No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales</i>	86
Tabla 42: 36. <i>Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental</i>	87

Tabla 43: 37. <i>Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental</i>	88
Tabla 44: 38. <i>Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales</i>	89
Tabla 45: 39. <i>En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como niñeras</i>	90
Tabla 46: 40. <i>Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales</i>	91
Tabla 47: 41. <i>Conoces por tu cuenta a una persona con algún problema</i>	92
Tabla 48: <i>Resultados totales por factores de estigma social</i>	93
Tabla 49: <i>Comparación factor autoritarismo y sexo</i>	103
Tabla 50: <i>Comparación factor benevolencia y sexo</i>	104
Tabla 51: <i>Restricción Social y sexo</i>	105
Tabla 52: <i>Ideología de la salud mental y sexo</i>	107
Tabla 53: <i>Comparación con Curso académico</i>	108
Tabla 54: <i>Comparación con Edad</i>	109
Tabla 55: <i>Comparación de sexo y noción sobre la familiaridad con una persona con TMG</i>	110
Tabla 56: <i>Comparación con Sexo</i>	112

### ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1: <i>Estigma total por factores y sexo</i> .....	94
Figura 2: <i>Factor Autoritarismo y sexo</i> .....	95
Figura 3: <i>Factor Benevolencia y sexo</i> .....	96
Figura 4: <i>Factor Restricción Social y sexo</i> .....	97
Figura 5: <i>Ideología de salud mental y Sexo</i> .....	98
Figura 6: <i>Factor Autoritarismo en población general</i> .....	99
Figura 7: <i>Factor Benevolencia y población general</i> .....	100
Figura 8: <i>Factor Restricción Social y población general</i> .....	101
Figura 9: <i>Ideología de salud mental y población general</i> .....	102

**Resumen:**

La presente investigación tuvo como fin el analizar el estigma social que presentan los adolescentes de 15 a 18 años hacia personas diagnosticadas con trastornos mentales graves, por lo cual se optó por utilizar un cuestionario estandarizado llamado CAMI el cual mide por 4 factores con 10 ítems cada uno el estigma social, los factores son: *autoritarismo, benevolencia, restricción social, ideología de la salud mental* elaborado por Taylor y Dear.

Para ello se utilizó un enfoque cuantitativo con diseño no experimental y corte transversal donde se realizó un análisis descriptivo y comparativo, esto último con sexo, curso académico y edad vs los factores de estigma social. Se empleo el programa SPSS para el análisis de todos los resultados tanto descriptivos como comparativos.

Finalmente se concluyó que los adolescentes en general no presentan altos niveles de estigma social hacia personas con problemas de salud mental, los y las estudiantes se encuentran en desacuerdo y ni de acuerdo ni en desacuerdo con el estigma social hacia personas con trastornos mentales graves. Por otro lado se realizó la comparación de los factores de estigma social en sexo, curso académico y edad, en la cual no hubo diferencias significativas entre la exclusión a esta población con el cursos académico cursado y la edad, mientras que sí se encontraron diferencias significativas entre el sexo y el estigma social, donde como otros autores también comprueban, los hombres perciben más estigma social que las mujeres quienes se inclinan significativamente de mayor manera en contra de la discriminación que los hombres quienes tienen respuestas neutras hacia las preguntas realizadas.

**Palabras Clave:** Estigma social, Problemas de salud mental, Trastornos mentales graves, adolescentes

**Abstract:**

The purpose of this research was to analyze the social stigma that adolescents from 15 to 18 years old present towards people diagnosed with serious mental disorders, so it was decided to use a standardized questionnaire called CAMI which measures by 4 factors with 10 items each the social stigma, the factors are: authoritarianism, benevolence, social restraint, mental health ideology elaborated by Taylor and Dear.

To do this, a quantitative approach with non-experimental design and cross-section was used where a descriptive and comparative analysis was carried out, the latter with sex, academic year and age vs the factors of social stigma. The SPSS program was used for the analysis of all descriptive and comparative results.

Finally, it was concluded that adolescents in general do not present high levels of social stigma towards people with mental health problems, students are in disagreement and neither agree nor disagree with the social stigma towards people with serious mental disorders. On the other hand, the comparison of the factors of social stigma in sex, academic year and age was made, in which there were no significant differences between the exclusion of this population with the academic year studied and age, while significant differences were found between sex and social stigma, where as other authors also verify, men perceive more social stigma than women who are significantly more inclined against discrimination than men who have neutral answers to the questions asked.

**Keywords:** Social stigma, Mental health problems, Serious mental disorders, adolescents

## 1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

### 1.1 Problema de Investigación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) alrededor de todo el mundo existen personas que padecen problemas de salud mental, las cuales se ven afectadas por el estigma que existe por padecer dichos trastornos. Estas afectaciones hacen que los síntomas de cada trastorno se agraven y que esta población al recibir un diagnóstico psicológico se aísla y sufra en silencio. Esto se da debido a la desinformación con respecto a los problemas de salud mental y el relacionamiento de la patología con actitudes y reacciones violentas que todos pueden manifestar en una circunstancia dada, más sólo hace que el estigma perdure y que la discriminación aumente (OMS, 2002).

Los sistemas de salud no han respondido de manera eficaz a la atención a personas con trastornos mentales y las necesidades que esta población demanda. Un 76% a 85% de personas con padecimiento mental grave no reciben ningún tipo de intervención adecuada, ya sea médica, psicológica, psiquiátrica, además estas cifras son igualmente elevadas en países con mayores ingresos con porcentajes que fluctúan entre 35% a 50% (OMS, 2019).

En el contexto ecuatoriano, el Ministerio de Salud Pública (MSP) menciona que según la Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud de 370.000 personas el 94.612 padecían trastornos mentales e intelectuales, es decir, un 26% de la población padece una patología mental o intelectual. El trastorno mental con más frecuencia en Ecuador dentro de dicha población fue la depresión (MSP, 2015).

A su vez, el presupuesto total para salud en el año 2012 fue de 1.881.061.107 millones de dólares, la estimación del presupuesto para las distintas acciones en salud mental fue el 0.44% del total, lo que equivale 8.308.210 dólares, de este monto el 98,57% se destinó a hospitales psiquiátricos (MSP, 2015).

Por su parte, el Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental en Ecuador (IESM-OMS-2015) refiere que en el año 2014 el financiamiento total del MSP fue de 2.162 millones de dólares, siendo el presupuesto para salud mental de 31'486.498,516 dólares, lo cual corresponde al 1,46% del monto total (IESM-OMS, 2015).

Si bien, este último informe revela una reducción significativa en el monto asignado a los hospitales psiquiátricos (28% del presupuesto para la salud mental) estas cifras siguen siendo deplorables en cuanto a la atención a los problemas psíquicos se refiere, en esta situación la accesibilidad a los servicios de salud mental han sido precarias, no se cuenta con suficientes profesionales de la salud, existen limitaciones al acceso, ausencia de normativas para una atención integral al bienestar mental, entre otros factores (MSP, 2015).

Es importante clarificar que en el Ecuador no existe una Ley de Salud Mental, esto hace que exista mayor carencia de coordinación de organismos que promulguen los derechos humanos, además, de preparar y enseñar a las instituciones de salud mental de los derechos humanos. Por otra parte, esto también tiene consecuencia en las capacidades del personal sanitario con respecto a brindar un tratamiento adecuado a personas con trastorno mental grave (TMG), en razón de ello, existe sobrepoblación dentro de los hospitales psiquiátricos incluso cuando individuos derivados por otras entidades o profesionales de la salud no tienen ningún padecimiento mental. Las autoridades sanitarias del Ecuador han querido mejorar el sistema de servicios de salud mental basado en varios programas que ya se encuentran en marcha y están brindando buenos resultados (OPS y OMS, 2015).

Un estudio más reciente (OPS, 2019), evidencia la alta significancia que tienen los trastornos mentales en la carga de enfermedad en Ecuador. En efecto, la carga de los trastornos mentales, neurológicos, de consumo de sustancias y autolesiones (MNSS) causan el 19% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y el 36% de todos los años vividos con discapacidad (AVD).

Por grupo etario, hasta los cinco años la carga de los MNSS se debe sustancialmente a la epilepsia (57%) y al autismo (37%); desde los 5 a 15 años los TMG tienen un alto peso, siendo los trastornos de conducta (18%) y trastornos de ansiedad (16%) de los más altos dentro de la categoría del MNSS. Además, los trastornos más

representativos dentro de la edad adulta son los trastornos comunes (depresión ansiedad, autolesiones y el trastorno somatomorfe) que constituyen el 42% de la carga, siendo un ocho por ciento los TMG como la esquizofrenia y el trastorno bipolar (OPS, 2019).

La población masculina se ve más afectada por problemas de salud mental debido a suicidios y consumo de alcohol, mientras que la población femenina se ve afectada en mayor medida por los trastornos depresivos y de ansiedad. Con estos resultados es de suma importancia realizar una detección y tratamiento adecuado ante estas problemáticas tanto para TMG como para TM (OPS, 2019).

Es común que las personas con algún tipo de sufrimiento mental presenten baja autoestima, calidad de vida y reducción a la efectividad de los tratamientos terapéuticos y/o medicamentos, por otro lado, las oportunidades de empleo, educación, acceso a servicios de salud y relaciones interpersonales siguen siendo negadas hacia esta población por criterios ambiguos y desconocimiento sobre lo que realmente es una persona con problemas psíquicos. (Mascayano *et al.*, 2015).

Por otra parte, el estigma que llevan consigo las personas con diagnóstico psicológico conllevan consecuencias significativas hacia la autorrealización de estos individuos donde personas cercanas a ellos como familiares o amigos son igualmente estigmatizados y puestos una etiqueta clasificatoria (Campo-Arias *et al.*, 2014; Mascayano *et al.*, 2015).

Según Magallares (2011) existen diversos contextos en los cuales se encuentra presente la estigmatización como lo son el laboral, el educacional, en las relaciones interpersonales, el sanitario, medios de comunicación, entre otros. Por lo tanto, prevalece en la sociedad una percepción distorsionada sobre una persona con algún padecimiento mental, en consecuencia, el bienestar psicológico, emocional y físico de estas personas se vuelve cada vez más lejos de conseguir.

Martín *et al.*, (2000) (como se citó en Navarro y Trigueros, 2019) plantean que estas problemáticas confluyen en el rechazo a relacionarse con una persona con trastorno mental, existiendo una escasa predisposición a socializar, formar un vínculo, familiarizarse o trabajar con este tipo de población.

Es vital informar a la sociedad sobre cómo realmente es una persona con trastorno mental, es decir, conocimiento que no se encuentre justificado en estereotipos, puesto que este solamente podría aumentar mucho más con el paso del tiempo (Simó, 2016).

## 1.2 Delimitación del problema

La presente investigación trata sobre el estigma social en la población adolescente dentro de una institución educativa frente a los trastornos mentales graves.

## 1.3 Pregunta de investigación

- ¿Cuáles son los factores del estigma social hacia trastornos mentales que más resaltan en los adolescentes?
- ¿Cuáles son las diferencias entre los factores del estigma social hacia los trastornos mentales en mujeres y hombres?

## 1.4 Objetivo General

Analizar el estigma social que presentan los adolescentes hacia personas diagnosticadas con trastornos mentales graves.

## 1.5 Objetivos Específicos

1. Identificar las conductas estigmatizantes hacia personas con trastornos mentales graves que se observan en la muestra.
2. Aplicar el Cuestionario de actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedades mentales (CAMI) hacia adolescentes.
3. Comparar las actitudes hacia personas con problemas de salud mental graves entre hombres y mujeres.

## 1.6 Hipótesis



1. Los adolescentes tienen un nivel bajo de estigma social hacia personas con trastornos mentales graves.
2. Los hombres tienen mayor nivel de estigma hacia personas con problemas de salud mental grave a comparación de las mujeres.

### 1.7 Justificación

En Ecuador no existen estudios de avances en artículos científicos con respecto a la temática de estigma social hacia personas con trastorno mental grave en adolescentes, más existen revisiones sistemáticas de pregrado con respecto al tema, pero nada aplicativo a esta población.

Para ello, se consideraron varios estudios internacionales, uno de ellos tuvo como finalidad validar la versión española del cuestionario CAMI en población adolescente, los participantes estuvieron conformados por un total de 150 estudiantes (hombres y mujeres) de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), las edades de los estudiantes oscilan entre 14 y 18 años, siendo 77 estudiantes mujeres (51,33%) y 73 estudiantes hombres (48,66%).

Se utilizó el instrumento CAMI en dos ocasiones con la diferencia de una semana entre la primera aplicación y la segunda. Los resultados arrojaron que 90 de 150 estudiantes (60% de la muestra) conocían o tenían una relación con una persona con trastorno mental. Por otro lado, no se encontraron diferencias relevantes entre la edad y el género de los participantes. No obstante, el estudio observó que en la escala de autoritarismo el puntaje es menor en los estudiantes hombres y que en el factor de restricción social las estudiantes mujeres puntuaron menos que los estudiantes hombres. Como último punto se recomendó el seguir realizando investigaciones de estigmatización social tomando en cuenta la edad y el género en otros países (Ochoa *et al.*, 2016).

Otro estudio tuvo como objetivo revisar las diferencias existentes ante el estigma de los trastornos mentales entre adolescentes basándose en el género, raza y origen étnico de los participantes. La muestra estuvo conformada por un total de 667 estudiantes de sexto grado de educación básica y se dividió a los estudiantes por género y etnia: niños de color, niñas de color, niños latinos, niñas latinas, niños blancos y niñas blancas. Se utilizaron diversas evaluaciones que miden el estigma hacia problemas de salud mental donde se exponen casos de bipolaridad y ansiedad social (Dupont-Reyes *et al.*, 2020).

Se obtuvieron los siguientes resultados: los niños en general presentaban mayor malestar y evitación social hacia personas con trastornos mentales que las niñas. En el caso de la persona con diagnóstico de bipolaridad, los niños se manifestaron más predispuestos que las niñas para verla como una persona maligna, a su vez, los niños blancos creían que esta persona nunca se iba a recuperar a pesar del tratamiento. Por otro lado, en el caso de ansiedad nuevamente los niños se mostraron más propensos que las niñas para alejarse socialmente de esa persona y varios patrones de respuestas se repiten del caso del diagnóstico de bipolaridad.

Con respecto a la etnia y género se presentaron diversas diferencias como el que, los niños informaron tener pocos conocimientos con respecto a los problemas de salud mental y de actitudes positivas en comparación con las niñas. También en el caso de bipolaridad los niños de color pensaban que esa persona nunca iba a recuperarse y que era una mala persona.

El estudio recomendó tener en cuenta el género y edad para próximas investigaciones además de adaptar mensajes en contra del estigma en la población adolescente hacia los trastornos mentales (Dupont-Reyes *et al.*, 2020).

Por otra parte, un estudio de los mismos autores tuvo como propósito evaluar las preferencias de medios de comunicación basados en el idioma (inglés/español) que influyen en el estigma entre adolescentes latinos. Los participantes estuvieron compuestos por 179 estudiantes latinos que se encontraban cursando el sexto grado (de México, Puerto Rico, entre otros países). Se utilizaron evaluaciones de conocimientos sobre trastornos mentales y de actitudes positivas junto con la preferencia de idioma en los medios de comunicación (DuPont-Reyes *et al.*, 2020).

Se obtuvieron como resultados que los participantes que preferían los medios de comunicación en español tienen menos conocimientos con respecto a las personas con trastornos mentales en comparación con los participantes que preferían consumir medios de comunicación en inglés, este resultado se mantuvo en cuestión del género. A su vez, la población que preferían los medios de comunicación en español creía que los personajes ficticios que interpretaban a personas con problemas de salud mental eran peligrosos y malos en comparación con aquellos que preferían consumir medios de comunicación en inglés.

Igualmente, se observó que las personas que consumen medios de comunicación en español tienen más probabilidades de recibir mensajes equivocados sobre las personas con problemas de salud mental. Se recomendó que los medios de comunicación en español deben arrojar mensajes realistas para reducir el estigma social en población adolescente (DuPont-Reyes *et al.*, 2020).

Finalmente, un artículo realizó una revisión sistemática con el objetivo de buscar por qué los niños, niñas y adolescentes no solicitan o no acceden a ayuda con profesionales de la salud mental. Para ello recolectaron diversos artículos científicos que en total fueron 55 (22 con enfoque cuantitativo y 30 cualitativo). La muestra de estos estudios osciló entre los 6 a los 21 años de edad tanto en América del Norte, Europa, Australia y Asia (Radez *et al.*, 2021).

Para el análisis de resultados se categorizaron en: factores individuales de los adolescentes, factores sociales, factores de relación y factores estructurales. Dentro de los factores individuales se encontró que los adolescentes no sabían dónde buscar ayuda profesional y que sí debían ir debía ser por un problema realmente grave que ellos no pudieran resolver por su cuenta, de hecho, un 35% de estudios demostró que estos adolescentes presentaron incertidumbres al no saber si sus problemas dentro de su vida eran lo realmente importantes y/o graves para poder pedir ayuda profesional.

En los factores sociales se encontró que existen barreras vinculadas con el estigma social y que los adolescentes sentían vergüenza antes de recibir un diagnóstico y cuando ya lo obtenían, todo ello, como consecuencia de creencias y actitudes negativas de la población general. Las consecuencias de la búsqueda de ayuda de los adolescentes incluían el miedo profundo de perder el estatus social, alejarse de sus cuidadores y hacer enojar a sus familiares. En el factor de relación se encontró que los adolescentes tenían miedo de que el profesional de la salud cuente la situación que él está viviendo a sus familiares o a un desconocido, además, los adolescentes demandan que los profesionales de la salud sean respetuosos y no juzguen lo que los adolescentes les cuentan en terapia.

Por su parte, los factores estructurales mostraron que existe poco acceso a los servicios de salud mental por su alto coste junto con la dificultad de movilización hacia las casas de salud, también se informó sobre dificultades de los adolescentes para poder acceder a los profesionales de la salud mental y a familiares que brinden su apoyo. Los resultados arrojaron que un 10% de adolescentes de estudios cualitativos habrían publicado en redes

sociales su malestar y encontraron una oportunidad para poder desahogarse dentro de estas herramientas digitales.

Se recomendó focalizarse en la población adolescente y en la problemática del estigma social hacia personas con problemas psíquicos, además, se señala que los servicios de salud mental y colegios deberían promocionar y posibilitar el acceso, tanto a los adolescentes como a sus familias, a diversas acciones de apoyo y psicoeducación con la finalidad de romper las barreras del estigma (Radez *et al.*, 2021).

La herramienta que se utilizará en el presente estudio para su aplicación en población adolescente se denomina Escala de Actitudes Comunitarias hacia la enfermedad mental, sus siglas en inglés son (CAMI), y es una de las más utilizadas para conocer y medir los factores estigmatizantes en diversas culturas, a través de ella se ha constatado que sus hallazgos no se alejan mucho de resultados incluso internacionales a pesar de las diferencias de costumbres, población y sistemas de salud. No se encontraron estudios donde se aplicará el cuestionario CAMI dentro del Ecuador, sin embargo, en un estudio chileno su consistencia interna fue ideal para poder aplicarlo por lo menos en población latinoamericana (Ochoa *et al.*, 2016).

## 1.8 Marco Teórico

### **Estigma**

Para Goffman el término estigma será utilizado, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador; pero lo que en realidad se necesita es un lenguaje de relaciones, no de atributos. Este autor expresa en su obra “El estigma. La identidad deteriorada” que:

“Los griegos, que aparentemente sabían mucho de medios visuales, crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba. Los signos consistían en cortes o quemaduras en el cuerpo, y advertían que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor, una persona corrupta, ritualmente deshonrada, a quien debía evitarse, especialmente en lugares públicos. Más tarde, durante el cristianismo, se agregaron al término dos significados metafóricos: el primero hace alusión a signos corporales de la gracia divina, que tomaban la forma de brotes

eruptivos en la piel; el segundo, hace referencia al área médica indirecta de esta alusión religiosa, a los signos corporales de perturbación física” (Goffman, 2001, p. 11).

Goffman narra esta situación de la edad antigua para destacar que en la actualidad el término estigma se sigue utilizando con un significado muy parecido al original, no obstante, con ella se designa “al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales” (Goffman, 2001, p. 11). Para el autor lo que sí ha cambiado en las sociedades actuales son los tipos de males que causan preocupación y la necesidad de abordar los condicionantes que generan la estigmatización.

En este sentido, la evolución de otorgación de estigma involucra diversos componentes como: el etiquetado cognitivo, estereotipos, separación cognitiva, reacción emocional, pérdida de status y discriminación; dentro de estos componentes existe la separación de grupos basado en representaciones sociales negativas que actúa en grupos minoritarios como lo son personas con trastornos mentales graves, quienes sufren rechazo y marginación social por la negatividad de pensamientos y acciones que ejercen las personas dentro de una colectividad. (Link *et al.*, 2004 y Magallares, 2011).

El estigma tiene una clasificación de tres conflictos relacionados entre sí, estos son: el conflicto del conocimiento (ignorancia), con las actitudes (prejuicio) y con la conducta (discriminación) (Frías *et al.*, 2017). A su vez, es un concepto que fluye mediante el constructo social con las relaciones sociales dentro de un contexto determinado en una realidad determinada, y que se basa en las ideologías que sustentan a la sociedad sobre cómo debería comportarse una persona (Perdersen, 2009).

Por otra parte, existen diversas tipologías de estigma las cuales serán descritas a continuación para poder adentrarnos más a detalle en la afección del estigma en diversos contextos, estos son los siguientes: estigma familiar, estigma institucional, autoestigma, y el tipo de estigma que se va a tratar en la presente investigación: estigma público o social.

### **Estigma familiar**

Cuando un miembro de una familia tiene un diagnóstico de trastorno mental es estigmatizado y discriminado, más esto también afecta al círculo familiar quienes se encuentran afectados y encasillados por tener un vínculo con una persona con esta patología.

Los familiares pueden sufrir el mismo tipo de estigma que las personas diagnosticadas donde son fuente de marginación y rechazo (Mascayano *et al.*, 2015).

Por otro lado, Rössler (2016) menciona que varios miembros de la familia pueden ser afectados por el estigma, por ejemplo, desde padres hasta cónyuges, a su vez, también estos familiares pueden sentir culpa al pensar que cooperaron para que ese miembro de la familia tenga algún problema psíquico. Este autor menciona que los familiares muchas veces prefieren no asistir a eventos sociales por la estigmatización.

### **Estigma institucional**

Para Mascayano *et al.* (2015) el estigma institucional se asocia a las políticas de las instituciones privadas y públicas, incluso en esta tipología de estigma entran los profesionales y personal de la salud que ejercen sus funciones dentro de esta área. Por otro lado, existen diversos estudios que mencionan que la postura de los expertos de la salud ante las personas con trastornos mentales es más positiva que la de la población en general.

No obstante, diversos estudios discrepan con esta postura, por ejemplo Navarro y Trigueros (2019), aluden que los profesionales de la salud mental pueden tener opiniones, actitudes, creencias y pensamientos discriminatorios hacia las personas con trastornos mentales graves y que incluso no difieren mucho de la población general, dentro de esta población tenemos a los psiquiatras quienes de igual manera a pesar de prestar atención a personas con TM presentan mayor discriminación que el resto de profesionales siendo la esquizofrenia uno de los desórdenes mentales más estigmatizadas no solo por esta colectividad sino también por la población general.

### **Autoestigma**

El autoestigma se refiere a la autopercepción negativa que tiene la persona con diagnóstico de algún trastorno mental que es estigmatizado por la sociedad, es decir, que se vincula con creencias de la disminución en calidad de vida, sesgos y empeoramiento de los síntomas de dichas personas por la idea que construye la sociedad y que los cataloga como diferentes de las demás personas (Mascayano *et al.*, 2015).

A su vez el autoestigma disminuye la autoestima y autoeficacia lo cual limita la pronta recuperación de esta población. Varios estudios de psicólogos sociales mencionan que antes

de recibir un diagnóstico en concreto la persona ya ha internalizado los estereotipos basados en la cultura en la cual se encuentra y donde aprende con ese conocimiento cultural sobre las personas con trastornos mentales (Rössler, 2016).

Debido a la denominada “categorización” que realiza la sociedad a esta población les es difícil socializar por lo cual prefieren aislarse, no conseguir ayuda profesional, perder oportunidades de trabajo y realizar actividades lúdicas al tener miedo de ser rechazados por la sociedad.

### **Estigma Público**

Mascayano *et al.* (2015) afirman que el estigma público se concibe cuando la sociedad comete actos basados en el prejuicio y estereotipos negativos a las personas con algún trastorno mental y en consecuencia actúan de esa manera. También este tipo de estigma puede ejecutarse desde edades tempranas empeorando con el paso del tiempo por las ideas culturales y sociales de cada individuo.

Por otra parte, se comprende el estigma público como un obstáculo sociocultural para poder acceder a servicios de salud mental y prescinde a las personas con trastornos mentales a una atención adecuada y de calidad (Campo-Arias *et al.*, 2014).

### **Proceso de estigmatización**

Los investigadores Link y Phelan reconstruyen el concepto de estigma manifestando que este se genera mediante un proceso de estigmatización, el mismo que contaría con cinco fases o momentos (Link y Phelan, 2001). En una primera fase se produce una identificación o **etiquetado**, a través de la cual se le asigna una “marca” a un colectivo. En un segundo momento y en función de las creencias culturales compartidas se le designa al colectivo marcado características negativas, es decir, **los estereotipos**, que, a su vez, favorecería la generación de un “nosotros” y un “ellos”.

A partir de esta mirada reduccionista de la realidad se crea una identidad colectiva “no marcada” que produce un distanciamiento social respecto a los “otros”, es decir, respecto al colectivo “marcado” con base a **los prejuicios** existentes. La persona o grupo estigmatizado que no es considerado parte del colectivo “nosotros”, pierde estatus social, es objeto de discriminación y, en consecuencia, se encontrará en una situación de **desigualdad social**. Este proceso de estigmatización se refuerza en sociedades donde existe una

situación asimétrica de poder político, económico y social de partida que legitima este proceso (Link y Phelan, 2001).

### **Trastornos Mentales Graves**

Las personas con TMG enfrentan en su vida diaria una doble dificultad, por un lado, experimentan la sintomatología propia de su patología y, por otro lado, deben hacer frente a los efectos del estigma social asociado a los trastornos mentales.

Si bien, el estigma ha cambiado a lo largo de la historia humana por la tipología de las “razones” de actitudes de personas con TMG, desde la posesión diabólica hasta de degenerados sociales (Stucchi-Portocarrero, 2013). Hoy en día, el principal estereotipo que prevalece en el imaginario colectivo es la vinculación entre violencia y trastorno mental, hecho que no se sustenta en la realidad (pese a que pueda haber episodios violentos esporádicos), sino más bien en la imagen social que, históricamente se ha extendido sobre estas personas.

Existen diversos hechos encapsulados en diversas épocas donde se habla sobre las personas con trastornos mentales y como estos eran tratados, discriminados, desacreditados y estigmatizados. Estos episodios históricos son susceptibles de dividirse en:

#### ***Época Clásica:***

En la Grecia Clásica la persona denominada “loca” era la que no seguía las normas dictadas por la sociedad, era la persona que se extralimitaba dentro de una cultura, en razón de ello eran calificados como perturbadores, dementes. Estas etiquetas hicieron que el derecho griego quitara algunos derechos humanos a estas personas, dos ejemplos de aquello son el declararles en incapacidad de contraer matrimonio e incapacidad para desenvolverse por su cuenta (Velasco, 2013).

#### ***Caza de brujas:***

En la Europa de la Edad Media, la iglesia tenía un alto poder por lo cual costumbres ancestrales como la brujería y la magia eran considerados actos diabólicos y sus practicantes poseídos por el diablo, así la iglesia explicaba los comportamientos de las personas “descarriadas”. Existían diversos rituales por parte de la iglesia, el más utilizado fue el exorcismo, este consistía en expulsar al demonio que controlaba a la persona del cuerpo



carnal. La creencia de las brujas ocasionó que basado en la idea de la iglesia católica existiera la denominación de hechicería (Stucchi-Portocarrero, 2013).

La hechicería era ejercida mayormente por mujeres quienes fueron quemadas en hogueras con la finalidad de “purificar su alma”. Existieron decenas de miles de mujeres quemadas injustamente durante la Edad Media, pero sobre todo en la Edad Moderna se intensificó la cacería de brujas, la razón por la cual las personas de sexo femenino eran consideradas brujas era que se les tachaba de carnal, seductiva, imperfecta y mentirosa a diferencia de los hombres quienes, si cometían algún pecado siempre señalaban a la esposa, hija, hermana como culpable de dicho pecado (Stucchi-Portocarrero, 2013).

### ***El gran encierro:***

La idea de la institucionalización sucedió en Valencia en el Hospital Santa María de los Santos Mártires Inocentes en 1409 donde los pacientes eran encadenados y tenían tareas dentro del hospital, tras estos antecedentes en los siglos XVI, XVII Y XVIII, se crearon doce instituciones similares tomadas en cuenta como cárceles para locos. En Inglaterra, Francia y Europa se comenzaron a desarrollar más instituciones (Pérez Soto, 2012).

En 1656 el rey Luis XIV dictaminó el encierro a toda la población marginal de la sociedad, un ejemplo de esta población son los vagos, indigentes, prostitutas, pobres, entre otros. Más en el siglo XVII la idea de encerrar a esta población en un manicomio se volvió más fuerte, sobre todo para encerrar a las personas con algún padecimiento mental con la finalidad de confinarlos y que no arruinen la armonía de la sociedad (Stucchi-Portocarrero, 2013).

José Casimiro de Perú en 1857 informó que las denominadas instalaciones “loqueras” eran deplorables donde los colchones se encontraban en el suelo con suciedad, las celdas eran húmedas y los “locos” eran encadenados con cadenas de hierro en las manos y/o pies. En la misma época existió la celebración de San Andrés, y como había una institución denominada Hospital de San Andrés, éste abría sus puertas al público los 30 de noviembre de cada año con la finalidad de que las personas puedan observar y mofarse de las personas que allí habitaban. Por otra parte, Philoppe Pinel en el siglo XVII decretó el dejar de encadenar a las personas internas en los hospitales gracias al tratamiento moral (Stucchi-Portocarrero, 2013).

***La degeneración y la eugenesia:***

En 1857 Bénédict Morel aludió que la degeneración es un proceso irreversible de desviación del humano normal, la teoría de la degeneración mencionaba que engloba en un gran cuadro nosológico las formas más diversas de enfermedades mentales vinculadas entre sí, mediante Cesare Lombroso logró su relevancia en la sociedad. En esa misma época nació la eugenesia, esta era la “ciencia” del mejoramiento de la raza humana (Stucchi-Portocarrero, 2013). En el campo de la psiquiatría, la defensa de argumentos e intervenciones eugenésicas se multiplicaron en las primeras décadas del siglo XX donde la teoría de la degeneración y los argumentos de esterilizaciones eugenésicas se superponen.

Por ejemplo, en Estados Unidos en 1896 se prohibieron conciliar matrimonio entre (como los denominaban en esa época) dementes, idiotas, epilépticos, entre otros. En 1927 la Corte Suprema de los Estados Unidos ratificó las leyes que impedían el contraer matrimonio y el esterilizar a esta población, 64 mil personas fueron esterilizadas a la fuerza entre 1927 a 1963. En Suecia se aprobó la esterilización de 63 mil personas entre 1935 a 1875. En Alemania 400 mil personas fueron esterilizadas bajo la Ley de Prevención de Enfermedades Hereditarias donde posteriormente se manifestó el genocidio para personas con trastornos mentales, homosexuales, judíos, gitanos entre otras personas con la finalidad de acabar con estas poblaciones (Stucchi-Portocarrero, 2013).

***La Lobotomía:***

Phineas Gage en 1848 fue víctima de un accidente producto de una explosión donde una barra de metal le atravesó el cráneo, él sobrevivió más su personalidad cambió por completo. Por este acontecimiento hubo la génesis de la teoría de cambio de conducta por afecciones o lesiones cerebrales mediante la perforación del cráneo e introducir un instrumento afilado en el tejido cerebral. En 1892, Gottlieb Burkhardt arrancó áreas corticales de personas con psicosis agresiva, dos de ellos fallecieron más los otros participantes presentaron una baja agresividad (Stucchi-Portocarrero, 2013).

Por otro lado, en 1935, Carlyle Jacobson y John Fulton mencionaron que el arrancamiento de la corteza frontal cambiaba la conducta y convertía a las personas en pasivas y tranquilas. Además, Egas Moniz y Almeida Lima crearon la lobotomía prefrontal, este consistía en interrumpir las conexiones de sustancia blanca de los lóbulos frontales con el sistema límbico con la utilización del instrumento denominado “leucotomo”.

Más tarde, Walter Freeman y James Watts modificaron la técnica introduciendo un picahielo en el proceso que se insertaba desde la órbita hasta el cerebro, fue tan “exitoso” este proceso que lo utilizaban en personas con TOC, depresión, psicóticos depresivos, entre otros, incluso fue utilizada en niños, niñas y adolescentes. En 1947 no se encontró ninguna evidencia de la efectividad de este método por lo que surgieron los psicofármacos que ayudaban mucho más que la lobotomía o el leucotomo (Stucchi-Portocarrero, 2013).

### ***Los Hospitales-Prisiones:***

Por último, tenemos la década de los setenta y ochenta, dentro de esta época varios soldados soviéticos fueron trasladados a hospitales psiquiátricos, estos soldados eran trasladados a dicho lugar si tenían opiniones que diferían con el gobierno y eran sometidos a pruebas psiquiátricas y terminaban siendo internos en dichos lugares.

Los internos eran víctimas de abuso de poder, falta de una buena alimentación e higiene, por otro lado, los políticos internos eran sometidos a neurolépticos, electrochoque y se les medicaba con sulfazina y/o atropina. Finalmente, muchos desarrollaron trastorno de estrés postraumático junto con la desconfianza de la ayuda por parte de médicos psiquiatras (Stucchi-Portocarrero, 2013).

### ***TEC (Terapia electroconvulsiva):***

Existen diversos tipos de terapias psiquiátricas que violentan a las personas que se encontraban internados en hospitales psiquiátricos. Este tipo de terapias fueron creadas en el siglo XX, se trata de la lobotomía con la finalidad de curar la psicosis inyectando a pacientes repetidas veces insulina y electroshock donde obtuvo su propio nombre dentro de los apartados terapéuticos “terapia electroconvulsiva” (Pérez Soto, 2012).

Egas Moniz fue un médico que realizó diversos estudios a lo largo de los años, uno de los más importantes, parte en 1935 con base a un anterior experimento desarrollado por Fulton. Moniz realizó el estudio en personas internas del Hospital Psiquiátrico vinculado a la Universidad en donde se encontraba estudiando. El método consistía en realizar diversas perforaciones diminutas en ambos lados de la cabeza con la finalidad de destruir el tejido cerebral mediante la inyección de alcohol y con un bisturí denominado “leucotomo”.

Por otro lado, en 1936 Freeman y Watts crearon un procedimiento que tenía como finalidad introducir un picahielos a través del hueco ocular hasta el cerebro para poder destrozarse parte del lóbulo frontal, básicamente Freeman mencionaba que este procedimiento era ideal para personas de color, judíos, conyugues de sexo femenino alborotadoras y desempleados, además ofrecía sus servicios en su camioneta de operaciones denominado "lobotomóvil" donde pudo realizar más de 35.000 lobotomías hasta que le quitaron la licencia médica por muerte de un paciente.

Julius Wagner Von Jauregg consolidó su idea de infectar con malaria a pacientes psicóticos, puesto que si ellos se enfermaban naturalmente de tuberculosis o erisipela mejorarían sus síntomas, tal fue el éxito de este tipo de terapia que en 1927 Julius Wagner Von Jauregg recibió un Premio Nobel.

Llegando ya a los procedimientos en el área cerebral tenemos al doctor Ladislav Meduna quien realizó un análisis a pacientes epilépticos fallecidos donde concluyó que las personas con esquizofrenia no podían padecer de epilepsia y lo mismo para las personas con epilepsia, las personas con epilepsia no podían padecer esquizofrenia. Este análisis se basa en que los pacientes con epilepsia tenían mayor cantidad de células gliales en el cerebro mientras que las personas con esquizofrenia tenían menos cantidad de estas células.

Con estas conclusiones, Ladislav quería aumentar las células gliales del cerebro en la población que sufría de esquizofrenia con el fin de sanarlos, el procedimiento trataba de realizar diversos daños en el tejido cerebral donde decidió producir ataques epilépticos en personas diagnosticadas con este problema de salud mental para poder curarlos. La sustancia administrada fue un veneno para polillas denominado alcanfor en diversas dosis.

Meduna mencionaba tener un gran éxito a pesar de que la mayoría de paciente falleció por los ataques epilépticos ocasionados. Aquí es donde se crea la terapia convulsiva presentada hacia el mundo como una "cura" de la esquizofrenia. En 1927, Manfred Sakel aplicó insulina en pacientes psicóticos con la finalidad de mantener la actividad neuronal de estos pacientes, el procedimiento se basaba en administrar insulina en diferentes dosis en pacientes adictos hasta el punto que causaba de manera accidental convulsiones por sobredosis.

Fue tanto su éxito que comenzó a aplicar sobredosis de insulina a pacientes con cualquier adicción e incluso sin ninguna base científica decretó el administrar sobredosis diarias hasta el grado de llevar a varios pacientes a un coma. Para los años cuarenta este

procedimiento se aplicaba en la mayoría de las clínicas psiquiátricas a pesar no de tener niveles de mejoramiento exhaustivo de personas con padecimientos mentales.

Las terapias de electroshock tuvieron su auge en los años treinta-sesenta donde nuevamente no existía una base científica e incluso sus resultados no eran tan efectivos, de hecho, ningún paciente dentro de informes clínicos se recuperó al cien por ciento, muchas personas tuvieron daños físicos y sufrieron violencia tras este método. Los médicos por otro lado se excusaban diciendo que eran daños colaterales respecto al método.

Con esto, llega el doctor Hideki Narabayashi quien tenía la teoría de que se podían eliminar comportamientos violentos mediante la destrucción de las amígdalas cerebrales. Para esto se desarrolló el electroshock por Cerletti y Bini, dos médicos-psiquiatras quienes experimentaron con cerdos y electricidad, donde concluyeron que, al llegar a los 125 voltios, durante décimas de segundos, no podían modificar su conducta sin hacerles aparentemente un daño considerable, gracias a ese éxito, quiso probarlo con los seres humanos.

Junio Enrico X, fue víctima de dieciocho sesiones de electroshock durante dos meses en dos o tres aplicaciones donde finalmente fue “curado” de su esquizofrenia, pero en 1940 lo llevaron al manicomio, puesto que, los síntomas “reaparecieron”, Cerletti y Bini nunca se hicieron responsables de este antecedente ni respondieron ninguna carta que la esposa de Enrico X les enviaba.

En 1940, el método del electroshock estaba en boca de todo profesional de la salud, miles de personas fueron sometidas a voltajes que se incrementaban por sesiones hasta finales de los años cincuenta. En la actualidad existe el método TEC (Terapia Electroconvulsiva) el cual en los años ochenta consistía en aplicar choques eléctricos a pacientes donde la frecuencia de aplicación es menor, en los años cuarenta se desarrollaron sedantes para evitar convulsiones llevando a utilizar anestesia en el campo médico (Pérez Soto, 2012).

Por último, el método TEC en la actualidad es utilizada para tratar trastornos mentales graves como lo son la depresión o la esquizofrenia, más en países como Reino Unido y España disminuyen el uso de esta terapia por los pocos efectos positivos que tienen los pacientes, además las instituciones médicas lo que buscan son “soluciones rápidas” de cualquier problema de salud mental, el TEC mantiene escasas bases etiológicas y baja utilidad en pacientes, por lo cual se podría otorgar como dice el autor un “halo de pseudotratamiento que los esfuerzos de propaganda no han conseguido eliminar” (González-Pando *et al.*, 2020).

**Psicofármacos:**

Los seres humanos a lo largo de la historia han usado medicina natural para poder quitar el dolor y modificar el comportamiento, los recursos que utilizaban eran las plantas, las cuales algunas producían placer, euforia o alivio a enfermedades físicas y mentales. En la época de los prehomínidos en los rituales de purificación utilizaban psicoactivos para poder purificar su cuerpo y alma. Los remedios de diversas tribus tenían como finalidad la fertilidad, expurgación del demonio y el nacimiento.

En el Renacimiento se utilizaban diversas tipologías de hierbas, metales y minerales para buscar la cura a diversas enfermedades, en el caso de problemas de salud mental buscaban un tratamiento adecuado y sobre todo curativo para esta población, de hecho, en mujeres con histeria se les aplicaba diversas sustancias entre el alcohol y el vitriolo con la finalidad de sedarlas.

En el siglo XX existe el interés de investigar sobre las plantas y sus efectos curativos en los seres humanos, gracias a ello se crearon los primeros laboratorios para las sustancias recreativas. Varios médicos recetan estas sustancias en dosis para salvaguardar su seguridad. Se vendía heroína, cocaína, morfina, hidrato de cloral, entre otras sustancias, más el descontrol de consumo causaba los primeros casos de sobredosis en el mundo.

Sigmund Freud en el siglo XIX utilizaba diversas drogas como el antiasmático, cocaína, estimulantes, entre otros para controlar y curar la adicción al alcohol. William James por otro lado, mencionaba que las personas que entraban en un estado de éxtasis podrían decir varias cosas que con consciencia no lo hubieran hecho.

Kraepelin, Moureau junto con otros científicos fueron los que fundaron la psicofarmacología. Los primeros estudios científicos fueron realizados por Match en 1915 basado en la observación e indagación de fármacos donde surgieron drogas como el LSD-25 por Hoffman y la clorpromazina descubierta por Deniker y Delay.

En los años cincuenta, se descubrieron los efectos terapéuticos del uso de sustancias psicotrópicas como parte de la terapia en personas con problemas de salud mental. Todo esto surge gracias al hallazgo de H. Dale quien conoció la clorpromazina y el haloperidol en la misma década. Comprobó la aplicación en patologías llevándolos a denominarlos como antihistamínicos. Diversos psicofármacos encontrados en esa época fueron: ansiolíticos, reserpina.

La psicofarmacología es una disciplina con bases científicas que se centra en la modificación del comportamiento mediante las funciones cerebrales a través de fármacos que afectan al sistema nervioso. En los años cincuenta y sesenta existió el auge de la psicofarmacología dentro del área de la neurociencia.

En 1956 nace la psicofarmacología como resultado de la farmacología experimental siendo Sidman el científico interesado en observar el comportamiento y el uso de las drogas. Las drogas psicoactivas podían administrarse como herramienta para poder solventar los conflictos con el metabolismo cerebral y el comportamiento (Torres y Escarabajal, 2005).

### ***Antipsiquiatría:***

Un caso propuesto por Pérez Soto (2012) menciona a un niño que se encuentra en medio de una separación conyugal (padre y madre del niño), el niño representa angustia y se inquieta, por lo cual le diagnostican TDAH (Trastorno de déficit de atención con hiperactividad). El médico le recetó metilfenidato, más el infante vuelve a tener angustia y miedo constante acompañados con problemas para poder dormir, la justificación del médico es que se trata de una fase del tratamiento por lo cual receta tres medicamentos más, este último para poder quedarse quieto y atender.

Los padres del niño mencionan que su hijo tiene alucinaciones e ideaciones suicidas, por lo cual es internado para prevenir autolesiones y finalmente fue diagnosticado con esquizofrenia e incluso se tomó en cuenta la terapia electroconvulsiva, nunca se consideró que los medicamentos podrían haber sido los causantes de los síntomas del niño. La finalidad de conocer este caso es observar que este tipo de negligencias psiquiátricas lo viven millones de niños y familias.

El término antipsiquiatría fue acuñado por David Cooper en 1967 quién rechaza el encierro y las precarias instalaciones en que se encontraban las personas denominadas “locos” y sitúa su atención en el “abuso psiquiátrico”. En los años setenta la antipsiquiatría se nutre de diversos críticos y seguidores para situarse hoy en día en el ámbito de los movimientos y enfoques psicosociales y sociopolíticos de salud mental (Pérez Soto, 2012).

En efecto, en los años setenta del siglo 20, germinan diversos esfuerzos con la finalidad de salvaguardar a las personas denominadas “locas” teniendo como base hacer respetar sus derechos como personas y pacientes. Gracias a estos movimientos surgió la

nueva lógica antipsiquiatría sustentada en la protección de los derechos, la humanización de los pacientes y la desaparición de los hospitales psiquiátricos.

El punto central de la mirada antipsiquiátrica es el cuestionamiento de los diagnósticos y de las evaluaciones realizadas por los médicos y psiquiatras. Se cuestiona la psiquiatría y el enfoque biológico de la enfermedad que sostiene que las personas con dificultades emocionales o psicológicas están “enfermas mentalmente” pero, como disciplina de especialización médica no ha podido evidenciar esta premisa ni establecer una diferencia biológica entre salud y enfermedad (Pérez Soto, 2012).

Los principales exponentes de la antipsiquiatría son Ronal D. Laing, D. Cooper, los psiquiatras italianos Franco Basaglia y Giorgio Antonucci, Michel Foucault, Thomas Szasz y Erving M. Goffman.

En su recorrido histórico la denominada “antipsiquiatría clásica” denuncia el carácter opresivo de la psiquiatría al interior de la sociedad. Las personas con trastornos mentales graves irónicamente eran intervenidos ya sea por el mismo hecho de encontrarse encerrados o por la misma intervención psiquiátrica, estas personas fueron etiquetadas y aisladas por un diagnóstico y eran sometidos a medicación lo cual solo hacía empeorar los síntomas que ya tenían previamente (Pérez Soto, 2012).

En este contexto, la expresión “antipsiquiatría” alcanzó un significado positivo de crítica y transformación de la institución asilar. Para Foucault lo medular de la antipsiquiatría era la lucha con, en y contra la institución asilar y psiquiátrica como lugar y forma de las relaciones de poder que se dan en la sociedad. Para Goffman el análisis de los mecanismos institucionales del sistema asilar evidencian que la restricción de libertad y el distanciamiento social degradan al paciente mental convirtiéndolo en objeto y deteriorando su identidad (Cea-Madrid J. y Castillo-Parada T., 2016).

Referente a la necesidad urgente de abolición de los psiquiátricos, Franco Basaglia escribió en 1964:

“Desde el momento de cruzar el muro del internamiento, el paciente entra en una nueva dimensión de vacío emocional, es introducido en un espacio que, originalmente creado para volverlo inofensivo y al mismo tiempo asistirlo, en la práctica aparece como un lugar paradójicamente construido para aniquilar completamente su personalidad, como un lugar que lo vuelve un objeto. Si la enfermedad mental es, en su origen, la pérdida de la individualidad, de la libertad, en el manicomio el enfermo



no encuentra nada más que el lugar en donde estará completamente perdido, vuelto un objeto por la enfermedad y por el ritmo de internado” (En Mollinedo S., s/f).

En Italia, en 1978, la ley de reforma de la psiquiatría italiana, conocida como la Ley 180 (que fue la primera en el mundo), emprende un proceso nacional de eliminación de los hospitales psiquiátricos y a la creación progresiva de servicios de salud mental con base en el territorio, posibilitando a las personas que sufren de problemas psicológicos, conducir su vida en la comunidad. Esta ley ha logrado transformar radicalmente las condiciones de tratamiento y de atención en psiquiatría (Mollinedo S, s/f).

El movimiento de la antipsiquiatría también logró tener voz en grupos y organizaciones de personas que vivieron de manera directa la opresión psiquiátrica y que desde la década de los setenta se organizan contra sus prácticas represivas. Este colectivo había vivenciado el abuso psiquiátrico como forma de discriminación respecto de su género, situación social, color de piel u origen cultural; así como la experiencia social de la estigmatización producida a partir de diagnósticos y tratamientos debido a estas condiciones (Pérez-Soto, 2009).

En la actualidad las organizaciones de usuarios y familiares se consideran de vital importancia para el empoderamiento de las personas con trastorno mental, el reconocimiento de sus derechos y su plena inclusión social, y para el modelo de intervención comunitaria.

### **Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica:**

La desinstitucionalización orienta la atención psiquiátrica desde el encierro de las personas con problemas mentales graves en hospitales psiquiátricos hacia una atención digna y de calidad en el territorio, lo cual implica desarrollar una red de servicios con base en la comunidad, incluir y articular la salud mental en el sistema general de salud, especialmente en la atención primaria de salud y en los hospitales generales, desarrollar servicios especializados para personas con TMG y políticas de inclusión sociolaboral (educación, vivienda y empleo) (OPS, 2020).

La experiencia ha demostrado que los servicios de salud mental sustentados en redes comunitarias son la mejor opción para la atención de las personas con problemas mentales, no obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la atención centrada en el hospital psiquiátrico sigue prevaleciendo en el mundo pese a que sus resultados son ineficaces e ineficientes (OMS, 2013).

### **Estigma asociado a personas con TMG:**

El trastorno mental ha sido tratado a lo largo de la historia no como una patología, su reconocimiento como enfermedad es relativamente reciente, antes era una etiqueta excluyente, una forma de marcar a lo que la sociedad desecha y encierra. Derivado de esta condición histórica de reclusión, el estigma actúa otorgando una connotación negativa y totalizadora a la persona o grupo que comparte este trastorno, como si toda su identidad girará en torno a la experiencia de vivir un problema mental.

Lohr y Flynn (1992) aseguran que el estigma asociado a personas con TMG es la causa primaria para que las personas internadas en hospitales psiquiátricos se queden más tiempo de lo habitual. Sin embargo, no todos los TMG llevan asociada la misma imagen estereotipada.

En el caso de la esquizofrenia, trastorno mental grave que suele presentar una fase de delirios, es el que más se asocia con la idea clásica de “loco” y, por tanto, el que genera mayor temor. Existen otros trastornos que tienen una mayor aceptación social, debido a que, en el imaginario colectivo pareciera que nos puede pasar a todos, tal es el caso de la depresión o la ansiedad, pero, estos trastornos, denominados comunes, no dejan de estar asociados al estigma. Los estereotipos vinculados a la depresión y la ansiedad son la debilidad, se cree que esto les sucede a personas que no tienen fuerza de voluntad para afrontar las dificultades de la vida.

Para Runte (2005) se conciben conceptos inadecuados y erróneos por las representaciones sociales históricas hacia los TMG. Algunos de estos son:

- Incapacidad para tomar decisiones autónomas y para poder tener un puesto de trabajo.
- No pueden participar y contribuir del mismo modo que el resto.
- Todas las personas con TMG son peligrosas y violentas para la sociedad.
- Este tipo de trastornos mentales graves no tiene solución porque la persona con diagnóstico es débil y no tiene voluntad para su propia mejoría.

Pese a los avances en los campos de la biología, psicológica, social y política, todavía resulta difícil despojar a los TMG del peso del estigma. Acorde a la OMS aquello que se debe combatir es el llamado ciclo del estigma, círculo vicioso que comprende: el estigma (etiqueta negativa), que lleva a la discriminación (ellos/nosotros) y la discriminación a la exclusión social

(distanciamiento, rechazo), y que en la medida que son constructos sociales producto de contextos históricos y relaciones de poder determinados pueden transformarse y deconstruirse (OMS, 2008).

### **Historia del Ecuador:**

Mariana Landázuri (2008) en su libro “Salir del encierro” presenta un recorrido por diversas épocas en donde los trastornos mentales y el estigma junto con el desconocimiento de las mismas se encuentran mucho más latentes, además de contarnos las precariedades que las personas que se encontraban acogidas ahí tenían.

El establecimiento donde se hace este recorrido es en el “Manicomio San Lázaro”, que en la mitad del siglo XX se le conocía como “Hospicio Jesús, María y José”, lugar donde se encerraba a prostitutas, vagabundos, personas de la tercera edad, perezosos, huérfanos y obviamente personas con TMG.

A su vez esta función de agrupación profesaba una “curación” y “purificación” de almas y cuerpos. Gracias a ellos la denominación para los residentes de dicho lugar eran “locos” o “loqueras” donde sólo encerraban a los mismos y eran temidos por un supuesto contagio que podrían atraer estas personas, esta enfermedad se llama lepra (Landázuri Camacho, 2008).

Para seguir con esta información existe la historia del Ecuador con respecto a los trastornos mentales graves, el desconocimiento y el estigma que se les tenía en dicha época. Para ello Landázuri nos invita a cinco épocas del siglo XX, estas recorren los años 1901 hasta 1950 (Landázuri Camacho, 2008).

#### ***Primera década: siglos 1901-1910***

El Régimen de Eloy Alfaro nacionaliza los hospitales donde éste se llega a denominar “Hospicio y Manicomio de San Lázaro”, para la época existían más residentes que trabajadores como lo son monjas, ayudantes, guardias, entre otros, más cabe rescatar que se logró separar a los residentes por secciones. Más el eco de las personas ajenas al Hospicio Manicomio rechazan a todo aquel que se encuentre dentro del mismo, como si estuvieran en conventos o cuarteles (Landázuri Camacho, 2008).

La población mayoritaria en el Manicomio de San Lázaro eran psicópatas o personas con desequilibrio mental, en este último se pensaba que la causa de la misma era el escaso yodo en la comida, esta teoría venía por la conquista española lo que repercutió en la alimentación del pueblo indígena. En 1976 Eduardo Estrella fundó la unidad de Psiquiatría Social en el sur de Quito para pacientes del Psiquiátrico “Julio Endara”.

Volviendo al Hospital Manicomio San Lorenzo, este no declinaba la entrada a ninguna persona lo que repercutió en la falta de personal dentro del asilo, más redujeron a la población con epilepsia dentro del Manicomio. No existía en ese entonces ninguna Facultad de Medicina en Ecuador ni cátedra de Psiquiatría para abordar los problemas mentales, más lo único que ha hecho el país es encerrarlos para que no causen conflictos dentro de la sociedad.

Una de las “terapias” utilizadas era el tranquilizar a las personas con trastornos mentales mediante agua fría, ya sea en baldes o duchas forzadas, otro tipo de “tratamiento” que se daba eran llamadas “fijativas” siendo uno de los más utilizados en el San Lázaro. Este “tratamiento” se centraba en administrar mediante una inyección una dosis de trementina que en solo 24 horas causaba fiebre y creaba un absceso que tras varios días dejaba con dolor y en cama a los asilados, cuando el absceso maduraba los médicos sacaban tres litros de pus.

A pesar de la separación de la iglesia y el estado, la divinidad seguía explicando los males de esta población vulnerada (Landázuri Camacho, 2008).

### ***Segunda década: siglos 1911-1920***

En 1908 el médico Carlos Alberto Arteta García fue nombrado director del Hospicio y Manicomio San Lorenzo donde incluso fue docente en la nómina de profesores de la materia opcional recién abierta Psiquiatría en la Universidad Central del Ecuador para estudiantes de medicina donde aprendían por primera vez sobre desórdenes mentales basada en las investigaciones y teorías europeas, de hecho la creación de la materia de psiquiatría se fundó porque en Europa se abrían materias similares (Landázuri Camacho, 2008).

Arteta desea que el Manicomio se traslade a otro lugar puesto que las instalaciones del Hospicio y Manicomio eran precarias, más lo que pide son cambios pequeños como la instalación de baños, renovación del cemento del patio del establecimiento. Por otro lado, las monjas son las comunicadoras de los familiares de los internos además de atenderlos y tener cierto poder dentro del establecimiento. Los salarios de varios empleados del Hospicio

Manicomio eran de diez y 20 sucres mensuales, más nunca eran suficientes el número de empleados ante diversas tareas que se ejecutaban en el lugar.

Por otra parte, los estudiantes de Medicina comenzaban a familiarizarse con el lenguaje psiquiátrico para poder referirse a la denominada locura, otro hito importante en esta época fue la separación de huérfanos del edificio, puesto que, el manicomio es para la atención de delincuentes y enfermos. Arteta pide a la Junta de Beneficencia la potestad de un paciente fallecido con la finalidad de indagar la causa de problema psíquico, esta indagación se haría a través de exámenes cerebrales.

Gracias a esta premisa surgieron dos hitos importantes para la época, el primero es que los cadáveres se enterraban en el propio manicomio, el segundo hace mención al interés por realizar exámenes al órgano cerebral, la hipótesis era que debido a una deficiencia cerebral existían diversos desórdenes de conducta que científicos no habían explorado. El médico tenía una reputación baja dentro de la sociedad, puesto que, no existía interés por conocer las causas de problemas psíquicos por parte de la sociedad (Landázuri Camacho, 2008).

### ***Tercera década: 1921-1930***

A finales de la década de 1920 Jacinto Jijón fue nombrado director de la institución, él es el que presta atención a las precariedades de los baños por lo cual solicita una nueva instalación de baños con temperatura fría y caliente además de duchas para el Manicomio, también solicitó un lugar de cocina más adecuado. Las boletas de acceso comienzan a ser institucionalizadas y traen consigo firmas de peritos para la identificación de los detenidos (Landázuri Camacho, 2008).

Los pacientes alojados oscilaban entre 300 a 500 en cuatro pabellones diferentes: ancianos, ancianas, locos y locas. El Psicoanálisis comienza a llegar al conocimiento de médicos ecuatorianos y peruanos. Un acontecimiento importante es que se deduce que la persona con trastorno mental juega un papel fundamental con su padecimiento mental, es decir, se lo toma en cuenta junto con sus experiencias, familia, pensamiento propio.

Otro hecho importante es que la materia de Psiquiatría es obligatoria para los médicos estudiantes en la Facultad de Medicina en la Universidad Central del Ecuador. A su vez comienzan a crear historias clínicas donde los encargados son Julio Calderón y Julio Endara.

La Junta Central de Asistencia Pública realizó una descripción sobre los tratamientos de pacientes con problemas mentales como lo son: manía aguda (aislamiento, baños fríos, morfina), delirium tremens (calmantes, desintoxicación por medio de purgantes), psicosis por alcoholismo crónico (calmantes, diuréticos, medicamentos antitóx), entre otros tratamientos.

Dentro de las historias clínicas los pacientes pueden dar su voz para mencionar su nombre, cálculos o lecturas. Finalmente, el Psicoanálisis llega a Ecuador a la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en la materia de Psiquiatría gracias a Endara quien es expositor de esta teoría. En 1930 en Guayaquil se realizó el Segundo Congreso Nacional de Medicina donde tocaban temas como problemas mentales y nerviosas (Landázuri Camacho, 2008).

#### ***Cuarta década: 1931-1940***

El Hospicio-Manicomio sigue con pocos recursos para la atención a los asilados, tienen que usar repetidas veces las mismas jeringuillas, uso de la misma ropa por un buen tiempo, contratan más personal por un salario bastante bajo. Por otro lado, la Psiquiatría desea abrir sus puertas a las distintas corrientes terapéuticas. En 1993 se inaugura el Hospital “Eugenio Espejo”. Celso Jarrín limita el número de pacientes con epilepsia dentro del establecimiento, así como leprosos o huérfanos quienes fueron a otro asilo donde por fin los médicos comenzaron a utilizar el lenguaje psiquiátrico dependiendo de la dolencia del paciente (Landázuri Camacho, 2008).

En 1936 se crea el Instituto de Criminología donde se crean las primeras investigaciones sobre Psiquiatría Forense. El conocimiento nuevo de los médicos derivó en que el trastorno mental era causado por la fisiología. Endara desarrolló y publicó un artículo basado en la clasificación de trastornos mentales, a su vez Isidro Cueva presenta su ponencia titulada “Realidad Psicobiológica del Indio Ecuatoriano” en un congreso de Sociología donde se concretó que el indio es igual a cualquier persona de otras razas. Por otra parte, Jorge Escudero Moscoso introduce la terapia psicoanalítica trabajada en un hospital de París. Al finalizar la década ya se remiten los casos que llegan al establecimiento y los diagnósticos son más prudentes junto con historias clínicas.

No obstante, la Segunda Guerra Mundial empuja a la asistencia psiquiátrica tras los combates a soldados perjudicados. Los médicos militares daban un tratamiento denominado narcoanálisis, éste se trataba de administrarles el narcoanálisis por vía intravenosa lo que

ayudaba a que los soldados puedan estar libres de los recuerdos de la guerra y posteriormente podían volver a la misma. Gracias a su efectividad en el San Lázaro de igual manera se comenzó a aplicar el narcoanálisis a cargo de Celso Jarrín y con el pasar del tiempo a cargo de Jorge Escudero Moscoso (Landázuri Camacho, 2008).

### ***Quinta y última década: 1941-1950***

Dentro del San Lázaro lo único que se ha alcanzado en esta época fueron las terapias convulsivas que resultaban en la disminución de síntomas como agresividad o incoherencia basándose en el daño cerebral y el cambio bioquímico que se produce en la convulsión. Por otro lado, en el establecimiento la Psiquiatría y Neurología se juntan impartidas por Cruz Cueva y Carlos Molina Auz (Landázuri Camacho, 2008).

Además, Vera Schiller fue de las primeras personas que tomaba encuentra el entablar una conversación con los enfermos con ello se graduó como la primera doctora en Psicología Clínica por la Universidad Central del Ecuador, gracias a esta intención los enfermos mentales pudieron sentirse comprendidos y valorados. Por otra parte, Casares pide a Estados Unidos una máquina de electroshock en 1947, lo que hacía la máquina era generar convulsiones directamente al cerebro mediante dos electrodos pegados en las sienes a través de una corriente eléctrica.

En los años 60 existieron movimientos anti-psiquiátricos desistiendo de los diferentes métodos que utilizaban los médicos mundialmente hacia las personas con trastornos mentales. Para finales de la década la novedad del momento es la inauguración del Hospital “Baca Ortiz” para niños. Finalmente, Velasco Ibarra dispone que el Manicomio se traslade a un nuevo espacio (Landázuri Camacho, 2008).

### ***Actualidad del Hospital San Lázaro:***

En la actualidad el Hospital San Lázaro también es conocido como “Centro de Atención Ambulatoria Especializado San Lázaro”, en el pasado junio del 2012, se brinda atención basado en el respeto y los derechos del paciente, cabe mencionar que se hace hincapié en siempre tener en cuenta la humanidad, asistencia ambulatoria e integral, de ahí la creación del nuevo nombre. Las especialidades que se encuentran dentro de esta institución por mencionar algunas son: Psiquiatría, Medicina, Psicología, Odontología, entre otros (MSP, 2013).

**Perspectiva Teórica:**

“La psicología social se focaliza en la conducta de los individuos, en sus acciones y pensamientos en situaciones sociales. Aunque tales conductas siempre ocurren en un contexto determinado y son fuertemente influenciadas por los factores socioculturales, son los individuos los que piensan, sienten y actúan en esos contextos sociales” (Barra, 1998, p. 4).

**1.9 Marco Conceptual****Adolescencia:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) define a la adolescencia como un periodo de desarrollo que pasa toda persona que se caracteriza por la transición de niñez a preadultez, la edad que comprende para denominar a un adolescente es de 10 a 19 años de edad.

**Trastornos mentales:**

La OMS y la Asociación Psiquiátrica Americana son los organismos internacionales que definen y clasifican los trastornos mentales. El sistema oficial de clasificación de la OMS recoge en el Capítulo V los trastornos mentales (Organización Mundial de la Salud, 1992) afirmando que “el término ‘trastorno’ se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como ‘enfermedad’ o ‘padecimiento’. Dicho término se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar e interfieren con la actividad del individuo” (pp. 25-26).

La Asociación Psiquiátrica Americana en su catálogo oficial de los trastornos mentales DSM-IV, define al trastorno mental como “... un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que



sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica” (American Psychiatric Association, 1995, pág. XXI). Es decir, que el trastorno mental puede ser debido a múltiples causas y es, en última instancia, un concepto funcional.

### **Estigma:**

Goffman alude que el término estigma se vincula con la desacreditación y depreciación social hacia una persona, la base del término es que la sociedad establece categorizaciones a los diferentes grupos sociales. El origen epistemológico de la palabra estigma procede de Grecia basado en signos corporales que se apoyaban en daños en el cuerpo que alertaban que el dueño de estos daños era un criminal o esclavo. Posteriormente gracias al cristianismo el término evolucionó a dos metáforas: La primera alude a la gracia divina mientras que el otro se refiere a la perturbación física (Goffman, 2001).

### **Estigma Social:**

El estigma social en el contexto de la salud es la asociación negativa entre una persona o un grupo de personas que comparten ciertas características y una enfermedad específica. Esto puede significar que las personas sean etiquetadas por su conexión con una enfermedad. (UNICEF, 2020).

El estigma es un fenómeno conocido y presente en el campo de la salud mental, siendo una barrera relevante para la atención y la integración social de las personas afectadas por problemas de salud mental.

### **Trastorno Mental Grave:**

El trastorno Mental Severo (TMS): trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social (Muriel, 2011).

La división de TMG son:

- Esquizofrenia F20.
- Trastorno esquizotípico F21

- Trastorno de ideas delirantes inducida F24
  - Trastorno esquizoafectivo F25
  - Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco F25.0
  - Otros trastornos psicóticos no orgánicos F28
  - Trastorno bipolar continuo F31.
  - Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos F32.3
  - Trastorno depresivo recurrente F33
  - Trastorno obsesivo-compulsivo F42
- (OMS, 2001).

**Discapacidad:**

“Discapacidad es la presencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global de la persona, que supone una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar de la persona.” (Muriel, 2011, p. 28).

### 1.10 Consideraciones Éticas

Se toma en cuenta que se debe garantizar los derechos humanos del individuo basado en el respeto a las personas y la confidencialidad, describir el proceso de muestreo, definir la institución o persona responsable custodio de las muestras.

En este caso se elaborará un consentimiento informado que será enviado a la rectora del colegio donde se va a tomar la muestra, dicho consentimiento informará a los representantes legales y adolescentes que el estudio contiene fines académicos y que los resultados que arroje el instrumento que se aplicará serán confidenciales.

## 2. CAPÍTULO II: MÉTODO

### 2.1 Enfoque de Investigación

Dentro de la investigación se utilizó el enfoque cuantitativo, el cual se adecua al objetivo del presente estudio. La metodología cuantitativa “utiliza la recolección de datos para

probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (Hernández Sampieri *et al.*, 2014, p. 4). El instrumento CAMI mide los factores de estigma social, por lo cual el enfoque a utilizar es cuantitativo al obtener resultados estadísticos y numéricos no sujetos a subjetividad.

## 2.2 Paradigma

Por otra parte, el paradigma a utilizar es el positivista, según Ricoy (2006) “el paradigma positivista se califica de cuantitativo, empírico-analítico, racionalista, sistemático gerencial y científico tecnológico” (p. 4).

## 2.3 Diseño de Investigación

El presente estudio tiene un diseño no experimental, éste observa y mide variables de acuerdo con el contexto al cual se desea investigar, es decir, no existe ninguna manipulación de variables por parte del investigador (Hernández Sampieri *et al.*, 2014). Se escogió este diseño, puesto que, se tiene en cuenta una población en concreto (adolescentes) para la aplicación del instrumento de investigación y no se aplicará a otra muestra que no sea la seleccionada en el presente estudio.

Se utilizó dentro de esta investigación un corte transversal. Según Hernández Sampieri *et al.*, (2014) los datos que se recolectan son momentáneos, es decir, en un sólo tiempo determinado. Se eligió este corte, puesto que, la aplicación del cuestionario se lo hará en un sólo momento, y que el análisis de datos junto con sus variables no se manipuló para su futuro cambio.

El alcance escogido para el presente trabajo fue descriptivo, estos tipos de estudios buscan especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. (Hernández Sampieri *et al.*, 2014). La presente investigación con alcance descriptivo ayudará a visualizar los factores de estigma social que más se reflejan en la muestra al igual que el género al cual se va a aplicar el instrumento.

## 2.4 Muestra

Se utilizará una muestra no probabilística, “suponen un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización” (Hernández Sampieri *et al.*, 2014, p. 189). La ventaja de este tipo de muestra es que necesitan una elección de participantes con ciertas características previamente ya especificadas, en este caso serán estudiantes de último año de educación general básica y bachillerato que cumplan los siguientes criterios de inclusión.

## 2.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

<b>Criterios de Inclusión</b>	<b>Criterios de Exclusión</b>
Adolescentes de 10mo a 3ro de bachillerato general unificado	Adolescentes que no sean de 10mo a 3ro de bachillerato general unificado
Adolescentes entre 15 a 17 años de edad	Menores de 15 y Mayores de 18 años de edad
Adolescentes hombres y mujeres	Adolescentes que se identifican con otro género que difiera del masculino o femenino

## 2.6 Instrumento de Investigación

Para la presente investigación se ha considerado la Escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental, sus siglas en inglés son (CAMI) con la finalidad de medir el estigma social de diversas poblaciones. Esta herramienta fue creada por Taylor y Dear en 1981 basada en otra herramienta llamada Escala de opiniones sobre las personas con problemas de salud mental, sus siglas en inglés son (OMI), ésta escala tiene como objetivo evaluar las actitudes sociales hacia personas sujetas a un desorden mental la cual conlleva 4 dimensiones o factores valorados en 40 ítems en una escala de Likert de 5 puntos, es decir, desde totalmente de acuerdo hasta en totalmente en desacuerdo, las 4 dimensiones que contiene la herramienta son: autoritarismo (mide las opiniones acerca de las personas con algún trastorno mental), benevolencia (actitudes hacia personas con TM), restricción social (evalúa la peligrosidad del individuo con padecimiento mental) e ideología de la salud mental (comportamiento y creencias sobre las personas con alguna afección mental en la sociedad y comunidad) (Ochoa *et al.*, 2016 y Grandón *et al.*, 2016).

Además, para Ecuador, se cambió de acuerdo con el léxico ecuatoriano dos palabras de las preguntas 11 y 39 reemplazándolas con la finalidad de un mejor entendimiento de los participantes.

## 2.7 Validez y Confiabilidad del instrumento de investigación

La consistencia interna de la herramienta en su versión inglesa muestra un alfa de Cronbach de 0.68 para autoritarismo, 0.76 para benevolencia, 0,80 para restricción social y un 0.88 para ideología de la salud mental el cual fue elaborado por Taylor y Dear en 1981 (Grandón *et al.*, 2016).

Se realizó un estudio en Chile en el 2016 donde se confirmó que el instrumento tiene una confiabilidad aceptable donde su consistencia interna fue de un alfa de cronbach de 0.61 en la primera administración del instrumento mientras que en el segundo obtuvo un puntaje de 0.66 mientras que para la escala total del instrumento fue de un 0.69 (Grandón *et al.*, 2016).

Dentro del estudio realizado para la validación al castellano de CAMI en 2016, existieron dos evaluaciones realizadas un alfa de Cronbach de 0,861 en la primera y un 0,909 en la segunda para la escala total lo cual indica que su fiabilidad es óptima para su aplicación además de perdurar en el tiempo (Ochoa *et al.*, 2016).

## 2.8 Operacionalización de variables

Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicaciones	Escala de Medición	Ítems
En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.	<b>Autoritarismo</b>	Opiniones de las personas con enfermedades mentales inferiores a las que no los padecen.	Totalmente de acuerdo=5 De acuerdo=4 Ni desacuerdo ni desacuerdo=3 No estoy de acuerdo=2 Totalmente en desacuerdo=1	1,5,9,13,17,21,25,29,33,37

Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.	<b>Benevolencia</b>	Evalúa actitudes de protección hacia los pacientes, pueden ser tomadas como actitudes paternalistas.	Totalmente de acuerdo=5 De acuerdo=4 Ni desacuerdo ni desacuerdo=3 No estoy de acuerdo=2 Totalmente en desacuerdo=1	2,6,10,14,18,22,26,30,34,38
Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad.	<b>Restricción Social</b>	Peligro que representan las personas con enfermedades mentales para la sociedad.	Totalmente de acuerdo=5 De acuerdo=4 Ni desacuerdo ni desacuerdo=3 No estoy de acuerdo=2 Totalmente en desacuerdo=1	3,7,11,15,19,23,27,31,35,39
La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad.	<b>Ideología de la Salud Mental</b>	Actitudes y creencias con respecto a la reinserción a la sociedad de las personas con enfermedades mentales.	Totalmente de acuerdo=5 De acuerdo=4 Ni desacuerdo ni desacuerdo=3 No estoy de acuerdo=2 Totalmente en desacuerdo=1	4,8,12,16,20,24,28,32,36,40

## 2.9 Análisis de datos

Los análisis de datos se realizaron en el programa SPSS Statistics versión 22, en el cual se realizó un análisis descriptivo

Por otro lado, se realizará un chi cuadrado para el sexo, curso académico y edad. En el caso del chi cuadrado la utilizamos con la finalidad de visualizar las posibles diferencias significativas entre dos grupos o más (Rivera Aragón y García Méndez, 2014).

## 2.10 Procedimiento

Se contactó con la rectora de la institución educativa mediante una carta el día 03 de mayo del 2022, posteriormente se contactó con la coordinadora del Departamento de

Consejería Estudiantil (DECE) quien se encargó de revisar el cuestionario CAMI antes de aplicarlo a los estudiantes, a su vez se le envió el consentimiento informado para que pueda enviarlos a los representantes legales y estudiantes.

Previo a la recolección de datos se administró por parte de la coordinadora del DECE un consentimiento informado notificando el objetivo de la investigación y los fines académicos. Por último, se encargó de organizar a los estudiantes en diferentes días para la aplicación del cuestionario a los estudiantes de bachillerato y secundaria el cuál duró desde el 06 de mayo hasta el 26 de mayo del 2022. Al no haber respuesta por parte de la coordinadora del DECE de la institución educativa para la aplicación del cuestionario a 10mo EGB, se optó por dejar la muestra sólo con 1ro, 2do y 3ro de Bachillerato.

### **3. CAPÍTULO III: RESULTADOS**

#### **3.1 Levantamiento de datos**

La presente investigación se realizó el mes de mayo del 2022, período en el cual los estudiantes de la institución educativa contribuyeron para la toma del cuestionario CAMI con el fin de cumplir el objetivo general el cual es: analizar el estigma social que presentan los adolescentes hacia personas diagnosticadas con trastornos mentales graves.

El total de estudiantes de la institución, de la ciudad de Quito fueron 116 estudiantes, más se optó por excluir a los estudiantes que no completaron totalmente el cuestionario. Finalmente se obtuvieron 110 estudiantes que fueron tomados como muestra final para la presente investigación sobre el estigma social en adolescentes hacia TMG donde los estudiantes con 18 años fueron tomados en cuenta, puesto que, no hay menos de cinco datos en los factores de estigma social, aunque esta población es la menor en cuestión de cantidad de personas, se incluye esta población en los resultados que se presentan a continuación.

### 3.2 Presentación de Resultados

**Tabla 1: Confiabilidad del instrumento CAMI**

<b>Estadísticas de fiabilidad:</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,895	40

En la tabla 1 se observa el resultado de confiabilidad Alfa de Cronbach del cuestionario CAMI, que se aplicó a muestra de 110 estudiantes de una institución educativa, cuyo valor fue 0,895; concluyendo que el cuestionario presenta confiabilidad por consistencia interna y puede aplicarse a los participantes de la muestra.

**Tabla 2: Confiabilidad instrumento CAMI con ítem extra ajeno al cuestionario**

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,896	41

En la tabla 2 se observa el resultado de confiabilidad Alfa de Cronbach del cuestionario CAMI, que se aplicó a muestra de 110 estudiantes de una institución educativa, cuyo valor fue 0,896; concluyendo que el cuestionario presenta confiabilidad por consistencia interna y puede aplicarse a los participantes de la muestra.



**Tabla 3: Pruebas de Normalidad Kolmogorov-Smirnova**

	Estadístico	Gl	Sig.
Estigma total	0,34	110	0
Edad	0,187	110	0

Dado que  $p$  es  $< 0,005$  se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, es decir, los datos no tienen una distribución normal, por lo tanto, se aplica la estadística no paramétrica.

#### **Análisis estadístico:**

**Tabla 4: Sexo**

	Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	51	45,9	46,4	46,4
	Femenino	59	53,2	53,6	100,0
	Total	110	99,1	100,0	

Nota: Datos tomados de los estudiantes

El análisis estadístico de las variables sociodemográficas, en relación con el género el 53,2% de la muestra fueron mujeres mientras que el 45,9% de la muestra fueron hombres.

**Tabla 5: Edad**

	Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15 años	27	24,3	24,5	24,5
	16 años	33	29,7	30,0	54,5
	17 años	32	28,8	29,1	83,6
	18 años	18	16,2	16,4	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: La muestra estuvo más conformada por estudiantes de la edad de 16 años

En relación con la edad de los participantes el 29,7% tenían 16 años, mientras que había un 28,8% que tenían 17 años de edad, por otro lado, el 24,3 % de la muestra tenían 15 años y por último el 16,2 % tenían 18 años de edad.

**Tabla 6: Curso académico**

	Curso académico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1ro de Bachillerato	37	33,3	33,6	33,6
	2do de Bachillerato	41	36,9	37,3	70,9
	3ro de Bachillerato	32	28,8	29,1	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Hubo más estudiantes de 2do de Bachillerato a comparación de los demás cursos.

Con respecto al curso académico tenemos que el 36,9% se encuentran cursando el 2do de Bachillerato, mientras que el 33,3 % se encuentran cursando el 1ro de Bachillerato, teniendo por último el 28,8 % cursando el 3ro de Bachillerato.

**Tabla 7: 1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital**

Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente desacuerdo	2	1,8	1,8	1,8
En desacuerdo	19	17,1	17,3	19,1
Ni acuerdo ni desacuerdo	43	38,7	39,1	58,2
De acuerdo	29	26,1	26,4	84,5
Totalmente de acuerdo	17	15,3	15,5	100,0
Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9	
Total		111	100,0	

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes basado en el ingreso a un hospital en población con TMG

Con relación a si la persona debería ingresar al hospital el 38,7% de los estudiantes indican 'Ni acuerdo ni desacuerdo', lo cual indica una respuesta neutra, por otro lado, el 41,7% se encuentra a favor puntuando 'de acuerdo y totalmente en de acuerdo', mientras que el 18,9% se encuentra en contra puntuando 'desacuerdo y totalmente en desacuerdo'.

**Tabla 8: 2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	39	35,1	35,5	35,5
	De acuerdo	42	37,8	38,2	73,6
	Ni acuerdo ni desacuerdo	23	20,7	20,9	94,5
	En desacuerdo	6	5,4	5,5	100,0
Total		110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes basado en el empleo de más recursos económicos a fondos estatales para el cuidado a TMG.

En relación sobre que se destine mayor inversión en tratamientos y cuidados hacia personas con TMG el 72,9% se encuentran a favor puntuando en 'de acuerdo y totalmente de acuerdo', por otra parte, el 20,7% se encuentran 'Ni en desacuerdo ni acuerdo', por último, el 5,4% se encuentran en 'desacuerdo'. No hubo respuestas al ítem 'totalmente en desacuerdo'.

**Tabla 9: 3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	24	21,6	21,8	21,8
	En desacuerdo	34	30,6	30,9	52,7
	Ni acuerdo ni desacuerdo	33	29,7	30,0	82,7
	De acuerdo	13	11,7	11,8	94,5
	Totalmente de acuerdo	6	5,4	5,5	100,0
	Total		110	99,1	100,0
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes basado en el aislamiento de personas con TMG en comunidades.

En relación sobre mantener a las personas con TMG aisladas de la comunidad el 52,9% menciona que se encuentran en contra puntuando 'en desacuerdo y totalmente en desacuerdo', mientras que el 29,7% es neutral 'ni acuerdo ni desacuerdo', por otra parte, el 17,1% se encuentra a favor puntuando 'de acuerdo y totalmente de acuerdo'.

**Tabla 10: 4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	21	18,9	19,1	19,1
	De acuerdo	45	40,5	40,9	60,0
	Ni acuerdo ni desacuerdo	29	26,1	26,4	86,4
	En desacuerdo	11	9,9	10,0	96,4
	Totalmente en desacuerdo	4	3,6	3,6	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes basado en la integración de personas con TMG en comunidades.

En relación sobre que la mejor terapia de las personas con enfermedades mentales es pertenecer a una comunidad el 59,4% menciona estar a favor puntuando 'de acuerdo y totalmente de acuerdo', el 26,1% tiene una respuesta neutra 'ni en acuerdo ni en desacuerdo' y el 13,5% se encuentra en contra puntuando 'en desacuerdo y totalmente en desacuerdo'.

**Tabla 11: 5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	17	15,3	15,5	15,5
	De acuerdo	19	17,1	17,3	32,7
	Ni acuerdo ni desacuerdo	27	24,3	24,5	57,3
	En desacuerdo	24	21,6	21,8	79,1
	Totalmente en desacuerdo	23	20,7	20,9	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí las enfermedades mentales se comparan a las enfermedades físicas o cualquier tipo de enfermedad.

Con relación a que las enfermedades mentales son como cualquier enfermedad el 42.3% está en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo', mientras que el 32,6% se encuentra a favor puntuando 'de acuerdo y totalmente de acuerdo' y el 24,3 % tienen una respuesta neutra puntuando 'ni acuerdo ni desacuerdo'.



**Tabla 12: 6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	37	33,3	33,6	33,6
	En desacuerdo	29	26,1	26,4	60,0
	Ni acuerdo ni desacuerdo	25	22,5	22,7	82,7
	De acuerdo	14	12,6	12,7	95,5
	Totalmente de acuerdo	5	4,5	4,5	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí las enfermedades mentales son una carga para la sociedad.

Con relación a que las personas con TM son un peso dentro de nuestra sociedad el 59,4% menciona estar en contra puntuando 'en desacuerdo y totalmente en desacuerdo', mientras que el 22,5% tienen respuestas neutras puntuando 'ni acuerdo ni en desacuerdo' mientras que el 17,1% menciona estar a favor puntuando 'de acuerdo y totalmente de acuerdo'.

**Tabla 13: 7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	4	3,6	3,6	3,6
	De acuerdo	28	25,2	25,5	29,1
	Ni acuerdo ni desacuerdo	52	46,8	47,3	76,4
	En desacuerdo	18	16,2	16,4	92,7
	Totalmente en desacuerdo	8	7,2	7,3	100,0
	Total		110	99,1	100,0
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí las enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que aparentan

Con relación a que las personas con padecimientos mentales son menos peligrosas de lo que se supone, el 46,8% da una respuesta neutra puntuando 'ni desacuerdo ni de acuerdo' mientras que el 28,8% está a favor puntuando 'de acuerdo y totalmente de acuerdo', por último, el 23,4% está en contra puntuando 'en desacuerdo y totalmente en desacuerdo'.

**Tabla 14: 8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	35	31,5	31,8	31,8
	En desacuerdo	35	31,5	31,8	63,6
	Ni acuerdo ni desacuerdo	29	26,1	26,4	90,0
	De acuerdo	7	6,3	6,4	96,4
	Totalmente de acuerdo	4	3,6	3,6	100,0
	<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>99,1</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos	Sistema	1	,9		
<b>Total</b>		<b>111</b>	<b>100,0</b>		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí los servicios de salud degradan el barrio.

En relación sobre que las personas con TMG denigran el barrio en el cual viven, el 63% menciona estar en contra puntuando 'en desacuerdo y totalmente en desacuerdo', mientras que el 26,1% mantiene una respuesta neutra puntuando 'ni acuerdo ni desacuerdo', por último, el 9,9% manifiesta estar a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo'.

**Tabla 15: 9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	11	9,9	10,0	10,0
	No estoy de acuerdo	16	14,4	14,5	24,5
	Ni acuerdo ni desacuerdo	39	35,1	35,5	60,0
	De acuerdo	32	28,8	29,1	89,1
	Totalmente de acuerdo	12	10,8	10,9	100,0
Total		110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí las personas con algún padecimiento mental son fáciles de distinguirlas o no.

Con relación a que es fácil distinguir a las personas con enfermedades mentales de las personas que no tienen una enfermedad mental, el 39,6% está a favor puntuando 'de acuerdo y totalmente de acuerdo', mientras que el 35,1% se encuentra con respuesta neutra puntuando 'ni acuerdo ni desacuerdo', por último, el 24,3% está en contra puntuando 'en desacuerdo y totalmente en desacuerdo'.

**Tabla 16: 10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	46	41,4	41,8	41,8
	De acuerdo	44	39,6	40,0	81,8
	Ni acuerdo ni desacuerdo	11	9,9	10,0	91,8
	En desacuerdo	6	5,4	5,5	97,3
	Totalmente en desacuerdo	3	2,7	2,7	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí las personas con algún padecimiento mental han sido objeto de burlas a lo largo de los años.

En relación sobre que las personas con patologías mentales han sido objeto de burla durante mucho tiempo, el 81% menciona estar a favor puntuando ´totalmente de acuerdo y de acuerdo´ mientras que el 9,9% tiene una respuesta neutra puntuando ´ni acuerdo ni desacuerdo´, por último, el 8,1% se encuentra en contra puntuando ´en desacuerdo y totalmente en desacuerdo´.

**Tabla 17: 11. Un hombre o mujer sería tonto o tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	53	47,7	48,2	48,2
	En desacuerdo	25	22,5	22,7	70,9
	Ni acuerdo ni desacuerdo	23	20,7	20,9	91,8
	De acuerdo	6	5,4	5,5	97,3
	Totalmente de acuerdo	3	2,7	2,7	100,0
Total		110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí una persona sería tonta al contraer matrimonio con una persona con problemas de salud mental.

En relación sobre si cualquier persona si se casa con una que padece una enfermedad mental es tonta, el 70,2% se encuentra en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo', mientras que el 20,7% tiene una respuesta neutra puntuando 'ni acuerdo ni desacuerdo', por último, el 8,1% se encuentra a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo'.

**Tabla 18: 12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	57	51,4	51,8	51,8
	De acuerdo	41	36,9	37,3	89,1
	Ni acuerdo ni desacuerdo	10	9,0	9,1	98,2
	En desacuerdo	2	1,8	1,8	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre los servicios de salud mental a través de centros comunitarios.

En relación sobre sobre los centros de salud mental implementados en las comunidades, el 88,3% mencionan que están a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo', mientras que el 9,0% se encuentra con respuestas neutras y por último el 1,8% se encuentra en contra puntuando 'en desacuerdo'. Los participantes no eligieron el ítem 'totalmente desacuerdo'.

**Tabla 19: 13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	34	30,6	30,9	30,9
	En desacuerdo	26	23,4	23,6	54,5
	Ni acuerdo ni desacuerdo	34	30,6	30,9	85,5
	De acuerdo	11	9,9	10,0	95,5
	Totalmente de acuerdo	5	4,5	4,5	100,0
	Total		110	99,1	100,0
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí se debería dar menos importancia a la seguridad y protección a las personas con TMG.

En relación sobre la menor protección a las personas con trastornos mentales graves, el 54% están en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo', mientras que el 30,6% brinda respuestas neutras puntuando 'ni acuerdo ni desacuerdo', por último, el 14,4% mencionan estar a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo'.



**Tabla 20: 14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	40	36,0	36,4	36,4
	En desacuerdo	27	24,3	24,5	60,9
	Ni acuerdo ni desacuerdo	23	20,7	20,9	81,8
	De acuerdo	14	12,6	12,7	94,5
	Totalmente de acuerdo	6	5,4	5,5	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí brindar recursos económicos en servicios de salud mental es un derroche de estos recursos

En relación sobre si el gasto en servicios de salud mental es un despilfarro, el 60,3% está en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo', mientras que el 20,7% brinda respuestas neutras puntuando 'ni de acuerdo ni en desacuerdo', por último, el 18% menciona estar a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo'.

**Tabla 21: 15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	60	54,1	54,5	54,5
	De acuerdo	35	31,5	31,8	86,4
	Ni acuerdo ni desacuerdo	8	7,2	7,3	93,6
	En desacuerdo	4	3,6	3,6	97,3
	Totalmente en desacuerdo	3	2,7	2,7	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes basado en que nadie tiene el derecho de discriminar a las personas con TMG en su barrio.

En relación sobre que nadie tiene derecho a excluir a personas con TMG de su barrio, el 85,6% se encuentra a favor puntuando 'de acuerdo y totalmente de acuerdo', mientras que el 7,2% muestra una respuesta neutra puntuando 'ni acuerdo ni desacuerdo', por último, el 6,3% se encuentra en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo'.

**Tabla 22: 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**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	6	5,4	5,5	5,5
	En desacuerdo	19	17,1	17,3	22,7
	Ni acuerdo ni desacuerdo	47	42,3	42,7	65,5
	De acuerdo	30	27,0	27,3	92,7
	Totalmente de acuerdo	8	7,2	7,3	100,0
Total		110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes basado en sí las personas con TMG viven en comunidades, éstos se pueden sentir mejor, más puede haber ciertos riesgos.

En relación sobre que las personas con TMG vivan en comunidades residenciales y si esto causa algún peligro, el 47,3% da una respuesta neutra puntuando 'ni de acuerdo ni en desacuerdo', mientras que el 34,2% se encuentra a favor puntuando 'de acuerdo y totalmente de acuerdo', por último, el 22,5% menciona estar en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo'.

**Tabla 23: 17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	9	8,1	8,2	8,2
	En desacuerdo	18	16,2	16,4	24,5
	Ni acuerdo ni desacuerdo	35	31,5	31,8	56,4
	De acuerdo	33	29,7	30,0	86,4
	Totalmente de acuerdo	15	13,5	13,6	100,0
Total		110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes referentes a sí las personas con TMG necesitan ser tratados como niños.

En relación sobre que las personas con enfermedades mentales se las debe “controlar y disciplinar” como un niño, el 43,2% menciona que se encuentra a favor puntuando ‘totalmente de acuerdo y de acuerdo’, mientras que el 31,5% sus respuestas son neutras puntuando ‘ni acuerdo ni desacuerdo’, por último, el 24,3% menciona estar en contra puntuando ‘totalmente en desacuerdo y en desacuerdo’.

**Tabla 24:18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	54	48,6	49,1	49,1
	De acuerdo	47	42,3	42,7	91,8
	Ni acuerdo ni desacuerdo	6	5,4	5,5	97,3
	En desacuerdo	3	2,7	2,7	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes basado en la adopción de actitudes más tolerantes ante las personas con TMG.

En relación con que la sociedad debería adoptar una actitud más tolerante ante esta población, el 90,9% menciona estar a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo', mientras que el 5,4 % tiene respuestas neutras puntuando 'ni acuerdo ni desacuerdo', por último, el 2,7% se encuentra en contra puntuando 'en desacuerdo'. No se seleccionó el ítem 'totalmente en desacuerdo' por parte de la muestra.

**Tabla 25: 19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	34	30,6	30,9	30,9
	En desacuerdo	25	22,5	22,7	53,6
	Ni acuerdo ni desacuerdo	30	27,0	27,3	80,9
	De acuerdo	13	11,7	11,8	92,7
	Totalmente de acuerdo	8	7,2	7,3	100,0
	Total		110	99,1	100,0
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí no les gustaría vivir al lado de una persona con TMG.

En relación ante la convivencia con una persona con problemas de salud mental, el 53,1% está en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo', mientras que el 27,3% tiene respuestas neutras puntuando 'ni de acuerdo ni desacuerdo', por último, el 18,9% menciona estar a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo'.

**Tabla 26: 20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	38	34,2	34,5	34,5
	De acuerdo	50	45,0	45,5	80,0
	Ni acuerdo ni desacuerdo	19	17,1	17,3	97,3
	En desacuerdo	3	2,7	2,7	100,0
Total		110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre que los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios mentales en sus barrios.

En relación con la ubicación de servicios de salud mental en barrios, el 79,2% está a favor, mientras que el 17,1% dio respuestas neutras 'ni de acuerdo ni en desacuerdo', por último, el 2,7% se encontraba en contra puntuando 'en desacuerdo'. Los estudiantes no eligieron el ítem 'totalmente en desacuerdo'.

**Tabla 27:21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	53	47,7	48,2	48,2
	De acuerdo	38	34,2	34,5	82,7
	Ni acuerdo ni desacuerdo	9	8,1	8,2	90,9
	En desacuerdo	6	5,4	5,5	96,4
	Totalmente en desacuerdo	4	3,6	3,6	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí las personas con problemas de salud mental no deberían ser discriminados socialmente.

En relación con que las personas con trastornos mentales graves no deberían ser tratadas como marginados sociales, el 81,9% se encuentra a favor puntuando 'de acuerdo y totalmente de acuerdo', mientras que el 9% menciona estar en contra puntuando 'en desacuerdo y totalmente de acuerdo', por último, el 8,1% brinda sus respuestas neutras puntuando 'ni acuerdo ni desacuerdo'.



**Tabla 28:22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	13	11,7	11,8	11,8
	En desacuerdo	44	39,6	40,0	51,8
	Ni acuerdo ni desacuerdo	36	32,4	32,7	84,5
	De acuerdo	14	12,6	12,7	97,3
	Totalmente de acuerdo	3	2,7	2,7	100,0
	<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>99,1</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos	Sistema	1	,9		
<b>Total</b>		<b>111</b>	<b>100,0</b>		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre si existen suficientes centros de servicio de salud mental.

En relación sobre la existencia de varios y suficientes servicios de salud mental para las personas con TMG, el 51,3% menciona estar en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo', mientras que el 32,4% dieron sus respuestas neutrales 'ni acuerdo ni desacuerdo', por último, el 15,3% está a favor puntuando 'de acuerdo y totalmente de acuerdo'.

**Tabla 29: 23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	20	18,0	18,2	18,2
	De acuerdo	36	32,4	32,7	50,9
	Ni acuerdo ni desacuerdo	37	33,3	33,6	84,5
	En desacuerdo	13	11,7	11,8	96,4
	Totalmente en desacuerdo	4	3,6	3,6	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre cómo se debe motivar a esta población a asumir las responsabilidades de una vida “normal”.

En relación con respecto a que una persona con TMG debe asumir responsabilidades de una vida normal, el 50,4% está a favor puntuando ‘totalmente de acuerdo y de acuerdo’, mientras que el 33,3% brindó respuestas neutras puntuando ‘ni acuerdo ni desacuerdo’, por último, el 15,3% estuvo en contra puntuando ‘en desacuerdo y totalmente en desacuerdo’.

**Tabla 30:24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	21	18,9	19,1	19,1
	En desacuerdo	32	28,8	29,1	48,2
	Ni acuerdo ni desacuerdo	33	29,7	30,0	78,2
	De acuerdo	20	18,0	18,2	96,4
	Totalmente de acuerdo	4	3,6	3,6	100,0
	<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>99,1</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos	Sistema	1	,9		
<b>Total</b>		<b>111</b>	<b>100,0</b>		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre la oposición a establecer servicios de salud mental en sus barrios.

En relación con respecto a que existen motivos suficientes para que la población general se oponga a la ubicación de servicios de salud mental, el 47,7% están en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo', mientras que el 29,7% brinda respuestas neutras puntuando 'ni de acuerdo en desacuerdo', por último, el 21,6% menciona estar a favor puntuando 'de acuerdo y totalmente de acuerdo'.

**Tabla 31:25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	61	55,0	55,5	55,5
	En desacuerdo	29	26,1	26,4	81,8
	Ni acuerdo ni desacuerdo	9	8,1	8,2	90,0
	De acuerdo	7	6,3	6,4	96,4
	Totalmente de acuerdo	4	3,6	3,6	100,0
	Total		110	99,1	100,0
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre mantener bajo llave a personas con trastornos mentales graves.

En relación con mantener a esta población bajo llave, el 81,1% está en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo', mientras que el 9,9% se encuentra a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo', por último, el 8,1% mantiene una respuesta neutra 'ni acuerdo ni desacuerdo'.

**Tabla 32:26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	22	19,8	20,0	20,0
	De acuerdo	31	27,9	28,2	48,2
	Ni acuerdo ni desacuerdo	43	38,7	39,1	87,3
	En desacuerdo	12	10,8	10,9	98,2
	Totalmente en desacuerdo	2	1,8	1,8	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre el estado de los hospitales y cómo estos son considerados.

En relación con respecto a que los hospitales parecen más cárceles para cuidar a personas con trastornos mentales graves, el 47,7% se encuentra a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo', mientras que el 38,7% sus respuestas son neutras 'ni acuerdo ni desacuerdo', por último, el 12,6% menciona estar en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo'.

**Tabla 33:27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	42	37,8	38,2	38,2
	En desacuerdo	31	27,9	28,2	66,4
	Ni acuerdo ni desacuerdo	28	25,2	25,5	91,8
	De acuerdo	6	5,4	5,5	97,3
	Totalmente de acuerdo	3	2,7	2,7	100,0
	Total		110	99,1	100,0
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí una persona con algún diagnóstico psicológico debe ser excluida para conseguir un trabajo.

En relación sobre si se excluye a esta población en algún trabajo público, el 65,7% se encuentra en contra puntuando “totalmente en desacuerdo y en desacuerdo”, mientras que el 25,2% mantiene respuestas neutras ‘ni acuerdo ni desacuerdo’, por último, el 8,1% se encuentran a favor puntuando ‘de acuerdo y totalmente de acuerdo’.

**Tabla 34:28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	18	16,2	16,4	16,4
	De acuerdo	33	29,7	30,0	46,4
	Ni acuerdo ni desacuerdo	44	39,6	40,0	86,4
	En desacuerdo	11	9,9	10,0	96,4
	Totalmente en desacuerdo	4	3,6	3,6	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre si los servicios de salud mental no representan ningún peligro para zonas residenciales.

En relación sobre los servicios de la salud mental y si estos no representan un peligro para las residencias, el 46,1% se encuentra a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo', mientras que el 39,6% se encuentra con respuestas neutras 'ni de acuerdo ni desacuerdo', por último, el 10,5% está en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo'.

**Tabla 35:29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	8	7,2	7,3	7,3
	De acuerdo	24	21,6	21,8	29,1
	Ni acuerdo ni desacuerdo	55	49,5	50,0	79,1
	En desacuerdo	17	15,3	15,5	94,5
	Totalmente en desacuerdo	6	5,4	5,5	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí los hospitales brindan tratamientos que no sirven.

En relación sobre el tratamiento obsoleto de servicios de salud mental en hospitales, el 49,5% tiene respuestas neutras 'ni de acuerdo ni desacuerdo', mientras que el 28,8% está a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo', por último, el 20,7% están en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo'.



**Tabla 36:30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión**

Escala de Likert		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	62	55,9	56,4	56,4
	En desacuerdo	25	22,5	22,7	79,1
	Ni acuerdo ni desacuerdo	10	9,0	9,1	88,2
	De acuerdo	8	7,2	7,3	95,5
	Totalmente de acuerdo	5	4,5	4,5	100,0
Total		110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sí las personas con TMG no merecen una buena comprensión.

En relación sobre que las personas con trastornos mentales graves no merecen nuestra comprensión como población general, el 78,4% está en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo', mientras que el 11,7% se encuentra a favor puntuando 'de acuerdo y totalmente de acuerdo', por último, el 9,0% se encuentra con respuestas neutras 'ni acuerdo ni desacuerdo'.

**Tabla 37: 31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	57	51,4	51,8	51,8
	De acuerdo	39	35,1	35,5	87,3
	Ni acuerdo ni desacuerdo	11	9,9	10,0	97,3
	En desacuerdo	1	,9	,9	98,2
	Totalmente en desacuerdo	2	1,8	1,8	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre el que no deberían negarse los derechos de esta población

En relación con que no se deben negar los derechos humanos de las personas con TMG, el 86,5% están a favor puntuado 'totalmente de acuerdo y de acuerdo', mientras que el 9,9% tiene una respuesta neutra 'ni acuerdo ni desacuerdo', por último, el 2,7% se encuentra en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo'.

**Tabla 38:32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	15	13,5	13,6	13,6
	En desacuerdo	24	21,6	21,8	35,5
	Ni acuerdo ni desacuerdo	47	42,3	42,7	78,2
	De acuerdo	17	15,3	15,5	93,6
	Totalmente de acuerdo	7	6,3	6,4	100,0
	Total		110	99,1	100,0
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre si los servicios de salud deberían estar mejor fuera de los barrios.

En relación sobre los centros de salud mental fuera de los barrios, el 42,3% dieron una respuesta neutra 'ni de acuerdo ni desacuerdo', mientras que el 35,1% se encuentra en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo', por último, el 21,6% se encuentra a favor puntuando 'de acuerdo y totalmente de acuerdo'.

**Tabla 39:33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	27	24,3	24,5	24,5
	En desacuerdo	23	20,7	20,9	45,5
	Ni acuerdo ni desacuerdo	33	29,7	30,0	75,5
	De acuerdo	17	15,3	15,5	90,9
	Totalmente de acuerdo	10	9,0	9,1	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí la causa de un padecimiento mental es la falta de la autodisciplina y fuerza de voluntad.

En relación con respecto a que las causas de que personas con enfermedades mentales tengan su diagnóstico es por falta de autodisciplina y fuerza de voluntad, el 45% se encuentra en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo', mientras que el 29,7% dio respuestas neutras 'ni desacuerdo ni desacuerdo', por último, el 24,3% se encuentra a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo'.

**Tabla 40:34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	29	26,1	26,4	26,4
	De acuerdo	42	37,8	38,2	64,5
	Ni acuerdo ni desacuerdo	31	27,9	28,2	92,7
	En desacuerdo	7	6,3	6,4	99,1
	Totalmente en desacuerdo	1	,9	,9	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí la sociedad tiene la responsabilidad de brindar un mejor cuidado a personas con TMG.

En relación con que la población general debe propiciar el mejor cuidado posible a las personas con TMG, el 63,9% se encuentra a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo', mientras que el 27,9% obtiene respuestas neutras 'ni desacuerdo ni en desacuerdo', por último, el 7,2% se encuentran en contra puntuando 'totalmente de acuerdo y en desacuerdo'.

**Tabla 41:35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	20	18,0	18,2	18,2
	En desacuerdo	36	32,4	32,7	50,9
	Ni acuerdo ni desacuerdo	37	33,3	33,6	84,5
	De acuerdo	17	15,3	15,5	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí no se les puede dar responsabilidades a personas con TMG.

En relación con respecto a que no se puede dar responsabilidad a una persona con TMG, el 50,4% está en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo', mientras que el 33,3% brinda respuestas neutras 'ni acuerdo ni desacuerdo', finalmente, el 15,3% menciona estar a favor puntuando 'de acuerdo'. Por último, los estudiantes no seleccionaron el ítem 'totalmente en desacuerdo' en esta pregunta.

**Tabla 42:36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	20	18,0	18,2	18,2
	De acuerdo	39	35,1	35,5	53,6
	Ni acuerdo ni desacuerdo	31	27,9	28,2	81,8
	En desacuerdo	17	15,3	15,5	97,3
	Totalmente en desacuerdo	3	2,7	2,7	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí las personas que viven en comunidades deberían tener miedo sí se establecen servicios de salud mental.

En relación sobre el miedo de las personas dentro de un barrio por servicios de salud mental, el 53,1% se muestra a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo', mientras que el 27,9% brinda respuestas neutras 'ni de acuerdo ni en desacuerdo', por último, el 18% se encuentra en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo'.

**Tabla 43: 37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	43	38,7	39,1	39,1
	De acuerdo	41	36,9	37,3	76,4
	Ni acuerdo ni desacuerdo	23	20,7	20,9	97,3
	En desacuerdo	2	1,8	1,8	99,1
	Totalmente en desacuerdo	1	,9	,9	100,0
Total		110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre si cualquier persona puede padecer alguna enfermedad mental.

En relación con que cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental, el 75,6% se encuentran a favor puntuado 'totalmente de acuerdo y de acuerdo', mientras que el 20,7% brinda respuestas neutras 'ni de acuerdo ni en desacuerdo', por último, el 2,7% está en contra puntuado 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo'.



**Tabla 44: 38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	28	25,2	25,5	25,5
	En desacuerdo	29	26,1	26,4	51,8
	Ni acuerdo ni desacuerdo	30	27,0	27,3	79,1
	De acuerdo	14	12,6	12,7	91,8
	Totalmente de acuerdo	9	8,1	8,2	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre si es preferible alejarse de personas con TMG.

En relación sobre la evitación a personas con problemas de salud mental, el 51,3% está en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo', mientras que el 27,0% brindaron respuestas neutras 'ni de acuerdo ni desacuerdo', por último, el 20,7% está a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo'.

**Tabla 45:39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como niñeras**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	10	9,0	9,1	9,1
	De acuerdo	22	19,8	20,0	29,1
	Ni acuerdo ni desacuerdo	55	49,5	50,0	79,1
	En desacuerdo	21	18,9	19,1	98,2
	Totalmente en desacuerdo	2	1,8	1,8	100,0
	Total		110	99,1	100,0
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí se puede confiar en mujeres que han sido diagnosticadas con algún TMG.

En relación con la confianza en mujeres que han sido pacientes como niñeras, el 49,5% brindo respuestas neutras 'ni de acuerdo ni en desacuerdo', mientras que el 28,8% menciona estar a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo', por último, el 20,7% se encuentra en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo'.

**Tabla 46:40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales**

	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	26	23,4	23,6	23,6
	En desacuerdo	28	25,2	25,5	49,1
	Ni acuerdo ni desacuerdo	29	26,1	26,4	75,5
	De acuerdo	22	19,8	20,0	95,5
	Totalmente de acuerdo	5	4,5	4,5	100,0
	Total		110	99,1	100,0
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra las opiniones de todos los estudiantes sobre sí temen pensar en personas con problemas de salud mental viviendo en sus barrios.

En relación con respecto al miedo de pensar en personas con TMG viviendo en barrios residenciales, el 48,6% están en contra puntuando 'totalmente en desacuerdo y en desacuerdo' mientras que el 26,1% brindó respuestas neutras 'ni acuerdo ni desacuerdo', por último, el 24,3% se encuentran a favor puntuando 'totalmente de acuerdo y de acuerdo'.

**Tabla 47: 41. Conoces por tu cuenta a una persona con algún problema**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	83	74,8	75,5	75,5
	No	27	24,3	24,5	100,0
	Total	110	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		111	100,0		

Nota: Esta tabla muestra sí los estudiantes conocen a personas con algún TMG.

La mayoría de los participantes, es decir, el 74,8% de ellos mencionaron que si conocían a una persona con TMG como lo es la depresión y la bipolaridad, mientras que el 24,3% mencionaron que no conocían a una persona con TMG.

**Tabla 48: Resultados totales por factores de estigma social**

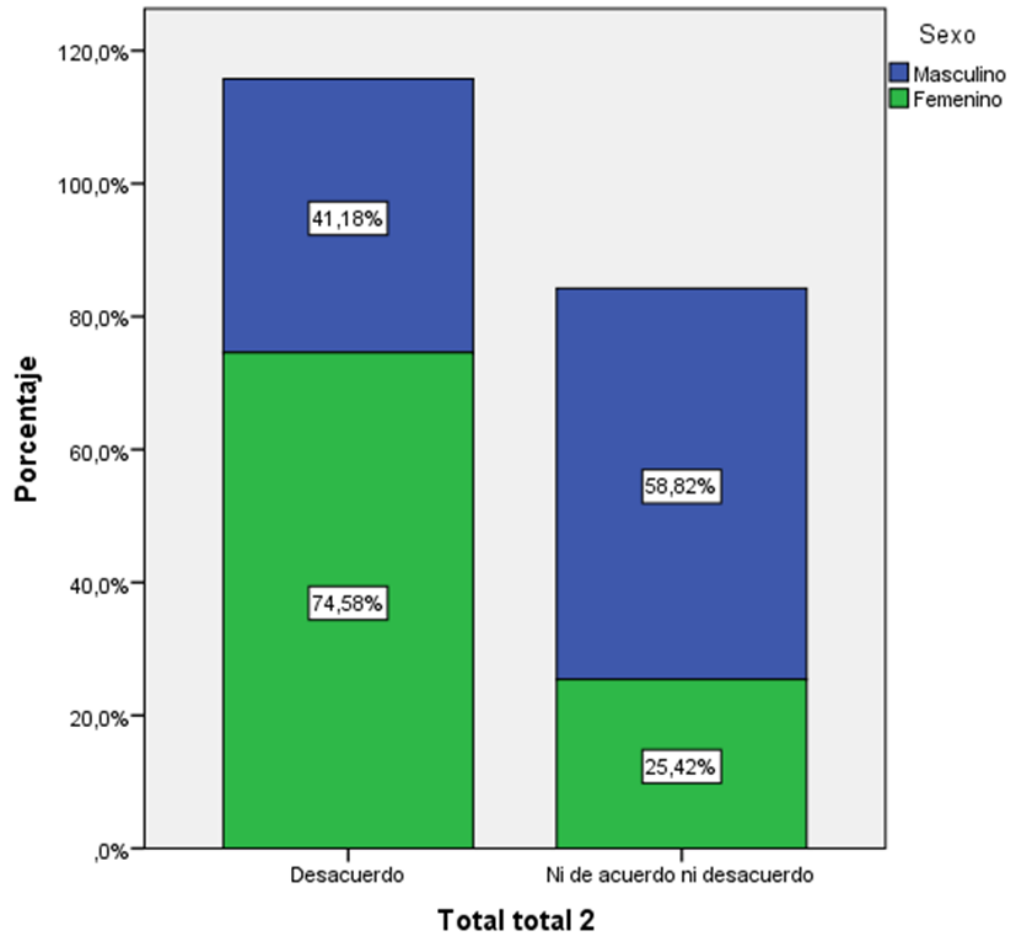
		Factor Autoritarismo	Factor Benevolencia	Factor Restricción Social	Factor Ideología	Total test
N	Válido	110	110	110	110	110
	Perdidos	1	1	1	1	1
Media		2,66	2,26	2,33	2,45	2,37
Mediana		3,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Moda		3	2	2	3	2
Desviación estándar		,579	,631	,592	,699	,556
Mínimo		1	1	1	1	1
Máximo		4	3	5	5	3

Nota: No la media es parecida en los factores de estigma social.

En relación con los factores del cuestionario CAMI, se obtuvo que el factor *autoritarismo* tiene una  $M=2,66$ ;  $MO=3$  ( $DE=0,579$ ), por otro lado, en el factor *benevolencia* se obtuvo que  $M=2,26$ ;  $MO=2$  ( $DE=0,631$ ), a su vez el factor *restricción social* la  $M=2,33$ ;  $MO=2$  ( $DE=0,592$ ), por último, el factor *ideología* obtuvo  $M=2,45$ ;  $MO=3$  ( $DE=0,699$ ). El total del cuestionario se obtuvo  $M=2,37$ ;  $MO=2$  ( $DE=0,556$ ).

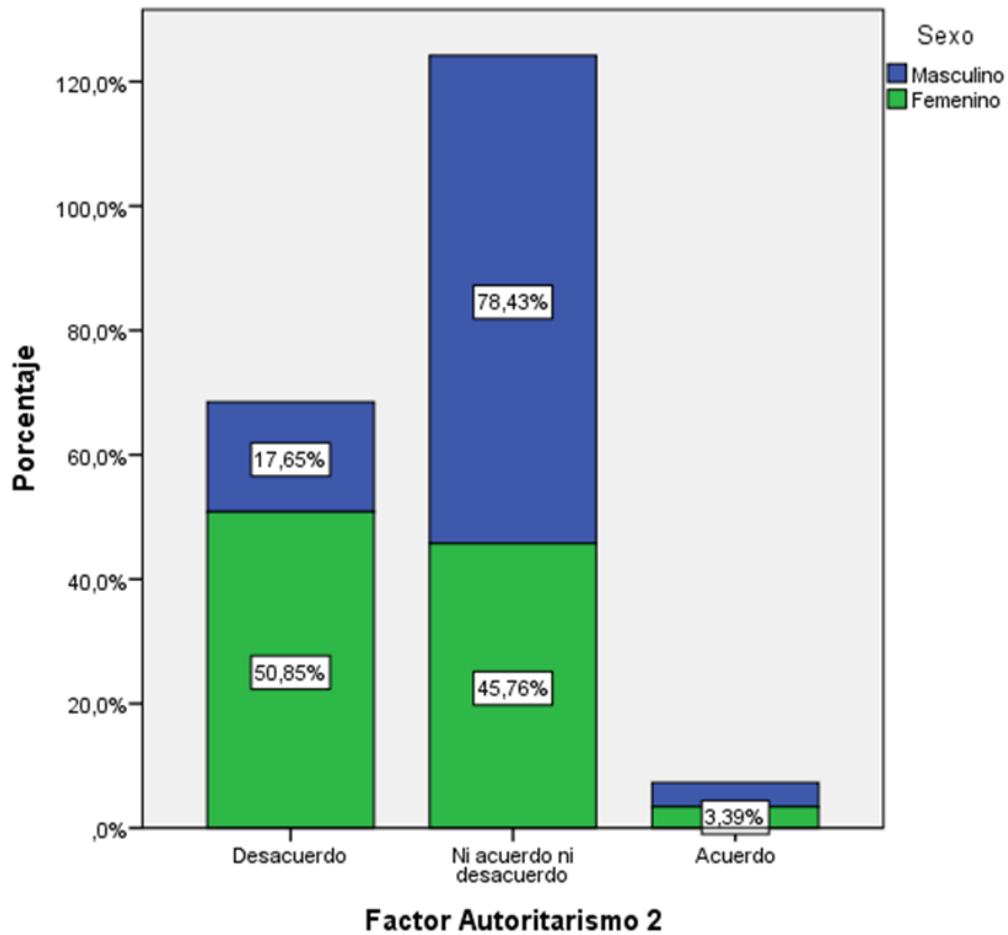
Figuras:

Figura 1: *Estigma total por factores y sexo*



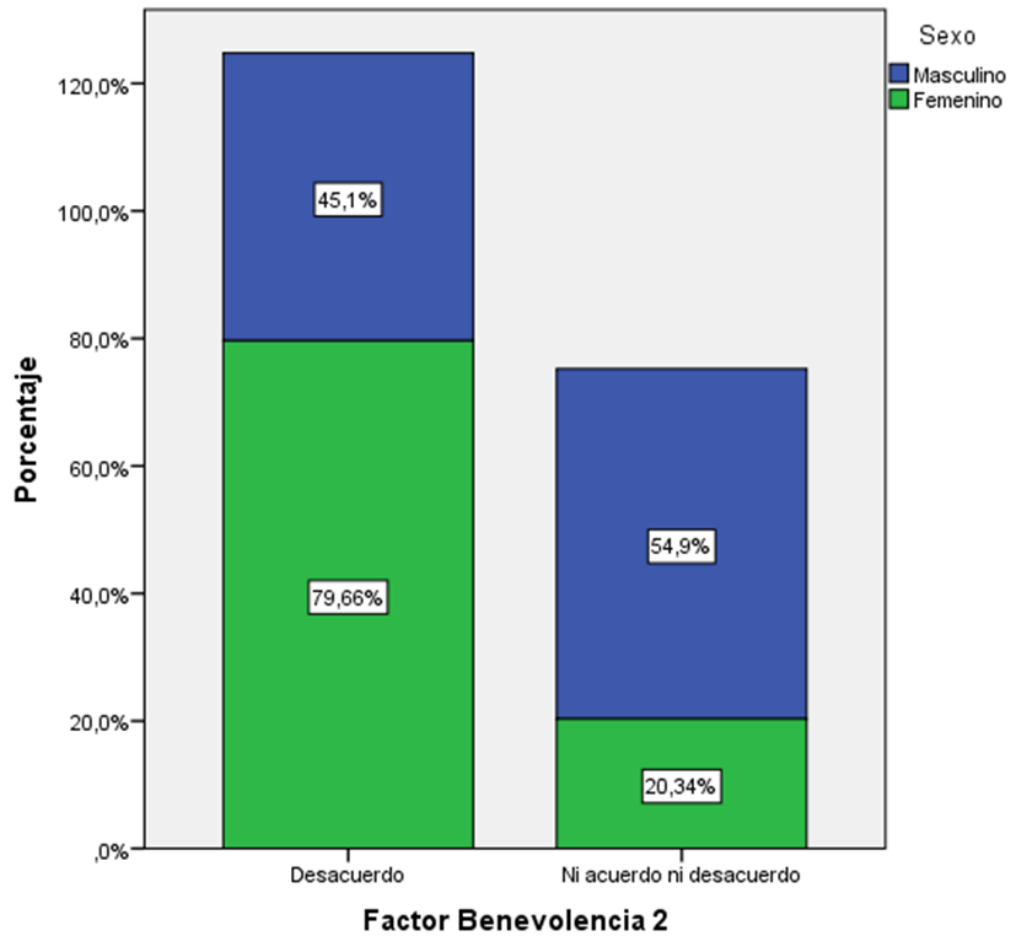
Nota: En cuestión del sexo, se obtuvo que el sexo masculino tiene respuestas más neutras que las mujeres, en cambio las mujeres se encuentran más en desacuerdo que los hombres.

Figura 2: *Factor Autoritarismo y sexo*



Nota: Con relación al factor autoritarismo y el sexo se obtuvo que el sexo masculino se encuentra con respuestas neutras, mientras que las mujeres se encuentran más en desacuerdo o tienen respuestas neutras menos que los hombres.

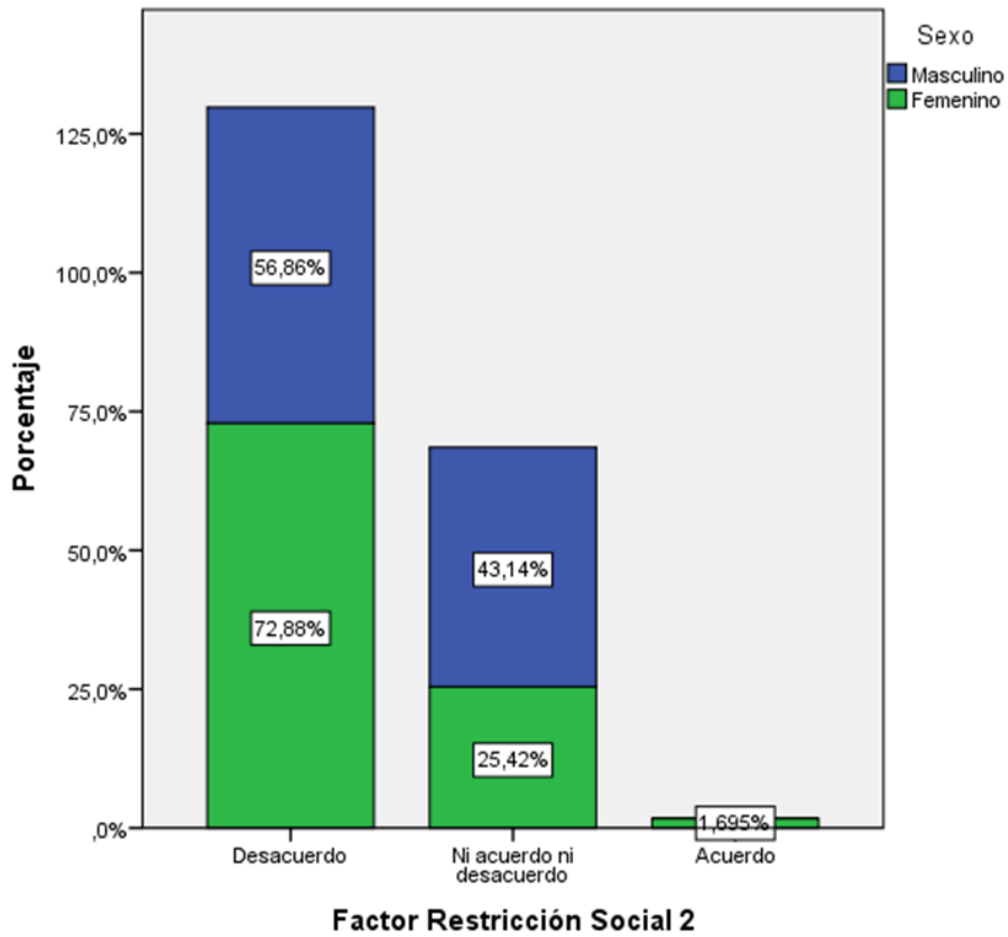
**Figura 3: Factor Benevolencia y sexo**



Nota: En relación con el factor benevolencia y sexo, las mujeres se encuentran más en desacuerdo que los hombres, por otro lado, los hombres se encuentran a con más respuestas neutras que las mujeres.

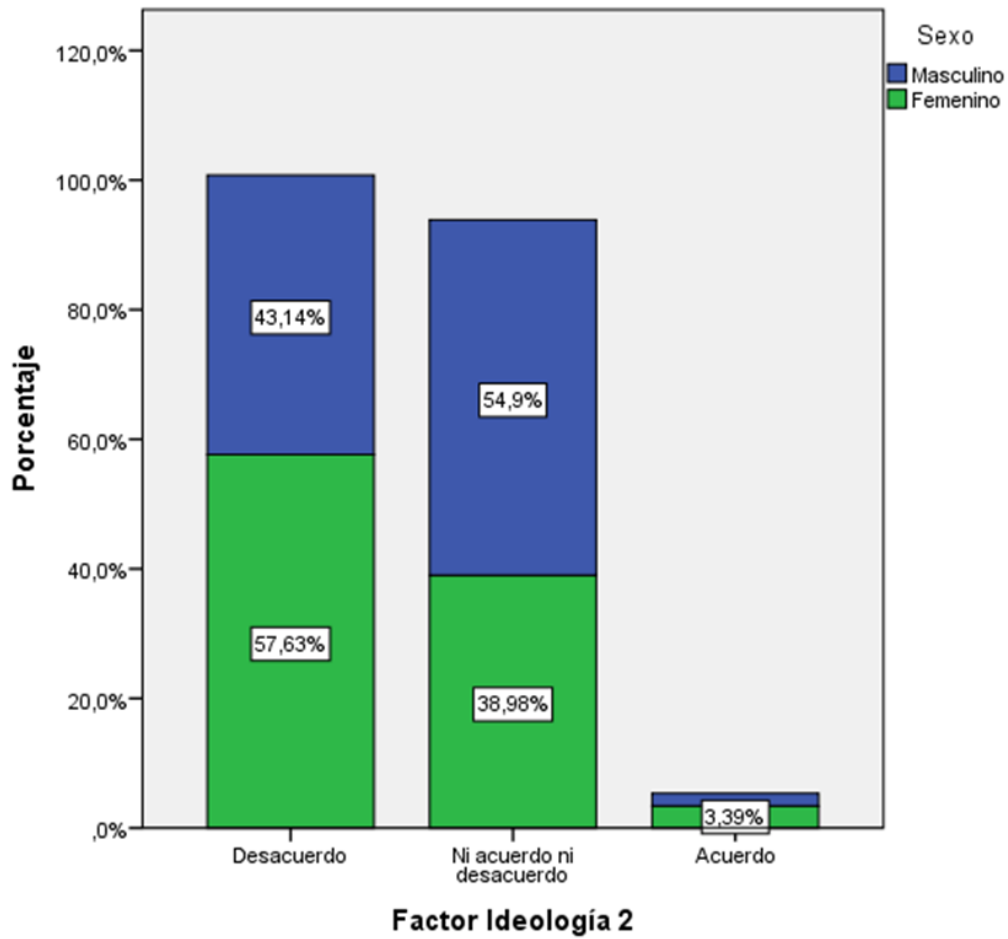


**Figura 4: Factor Restricción Social y sexo**

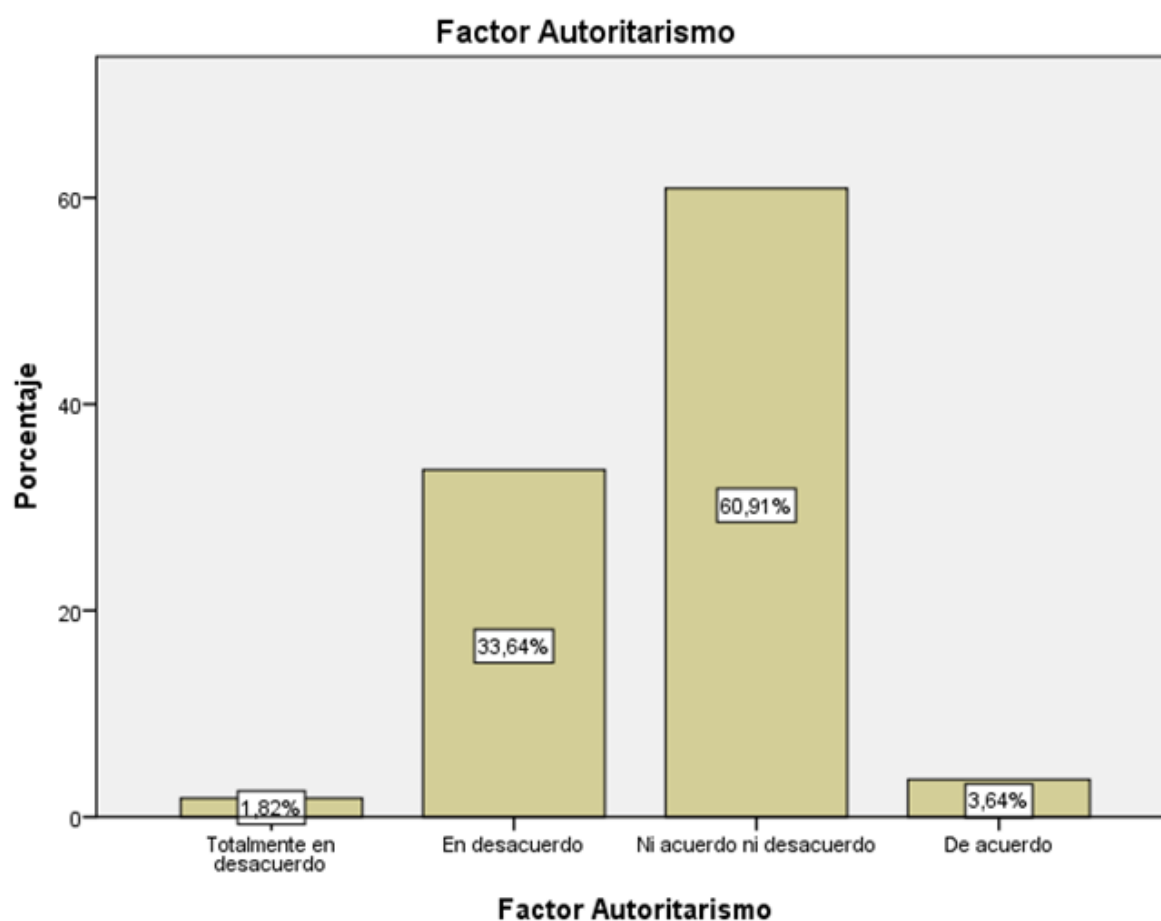


Nota: En relación con el factor restricción social y el sexo se puede apreciar que las mujeres se encuentran más en desacuerdo que nos hombres, en cambio los hombres se encuentran con un porcentaje mayor con respuestas neutras.

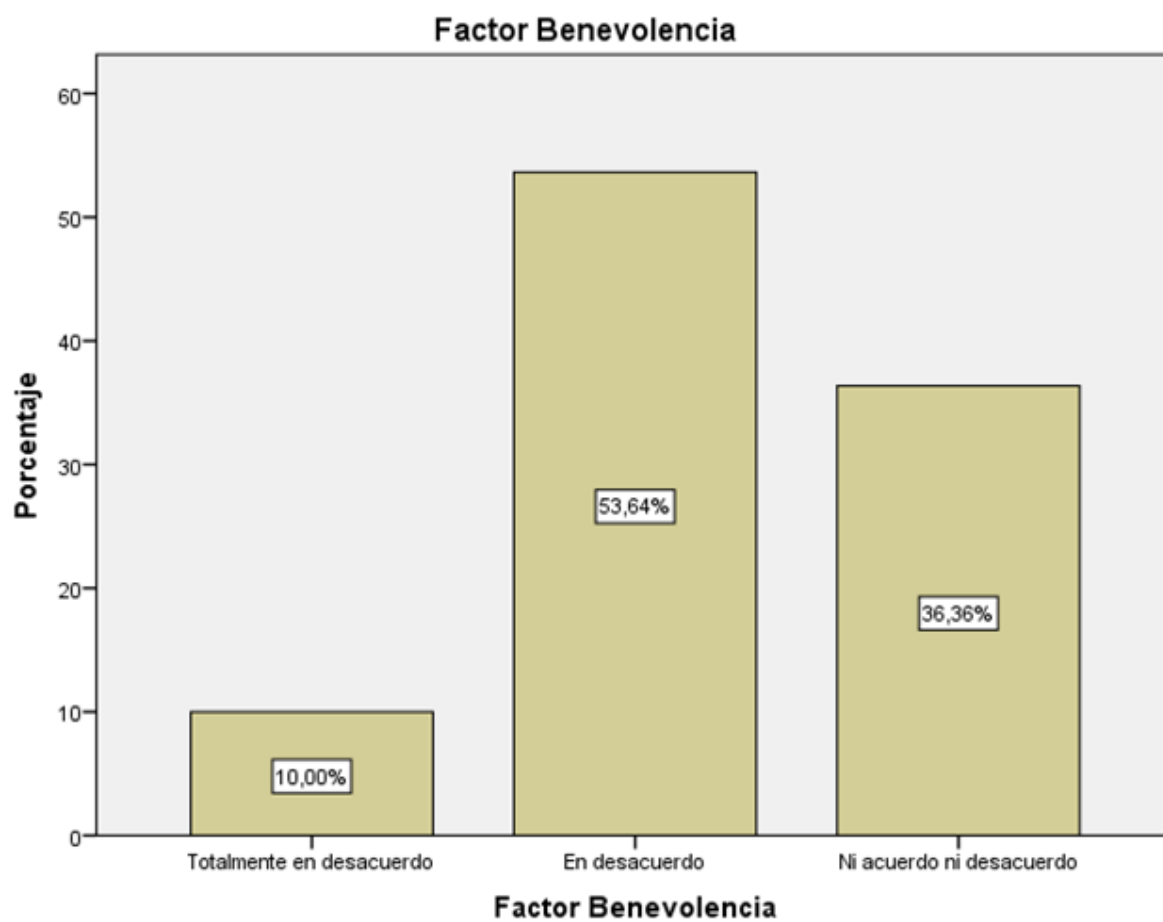
**Figura 5: Ideología de salud mental y Sexo**



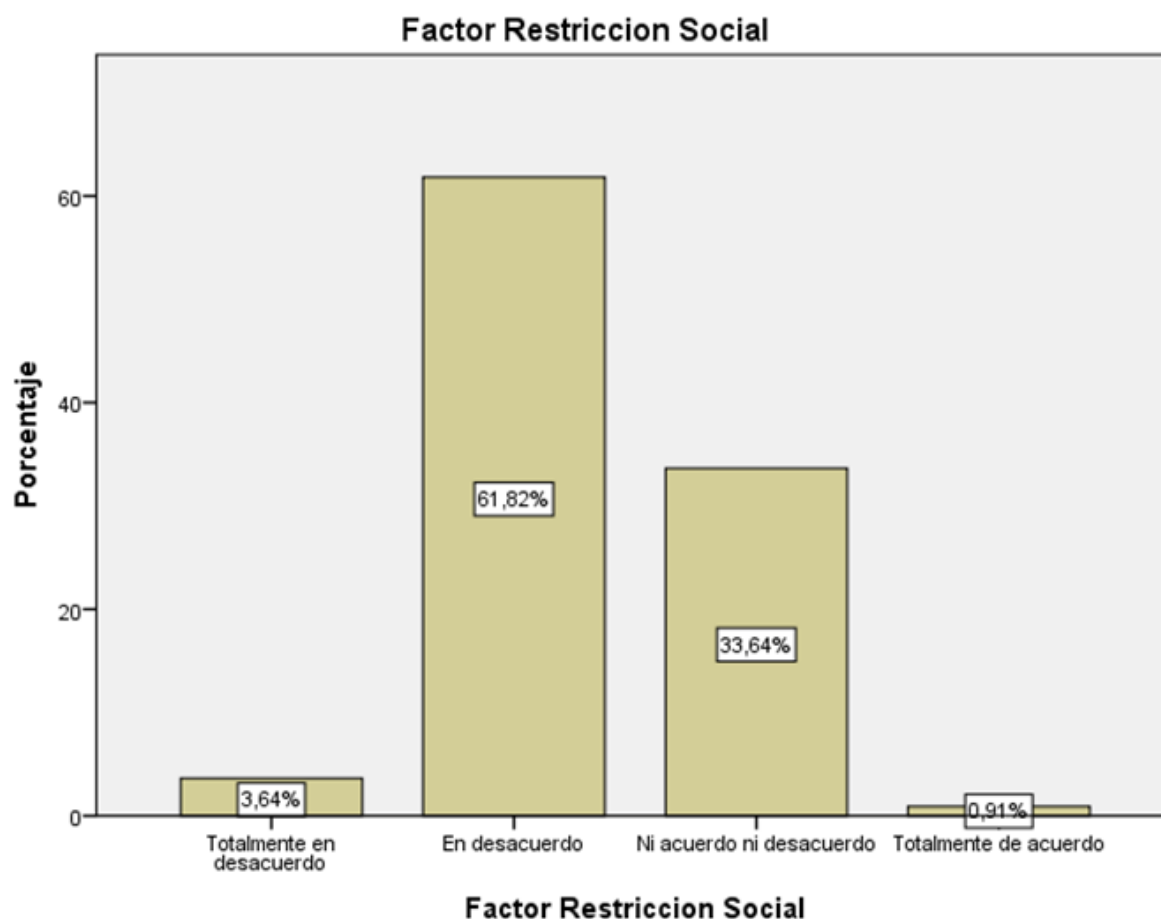
Nota: En relación con el factor ideología y sexo se encontró que las mujeres se encuentran más en desacuerdo que los hombres, mientras que los hombres se muestran más ambivalentes ante este factor comparado con las mujeres.

**Figura 6: Factor Autoritarismo en población general**

Nota: De la totalidad de los participantes adolescentes, se puede apreciar que un 60,91% pertenecen en la categoría 'ni acuerdo ni desacuerdo', por otro lado, el 33,64% se encontraron 'en desacuerdo'. El porcentaje de estudiantes que pertenecen a la categoría 'de acuerdo' con 3,64% y 'totalmente en desacuerdo' con 1,82%.

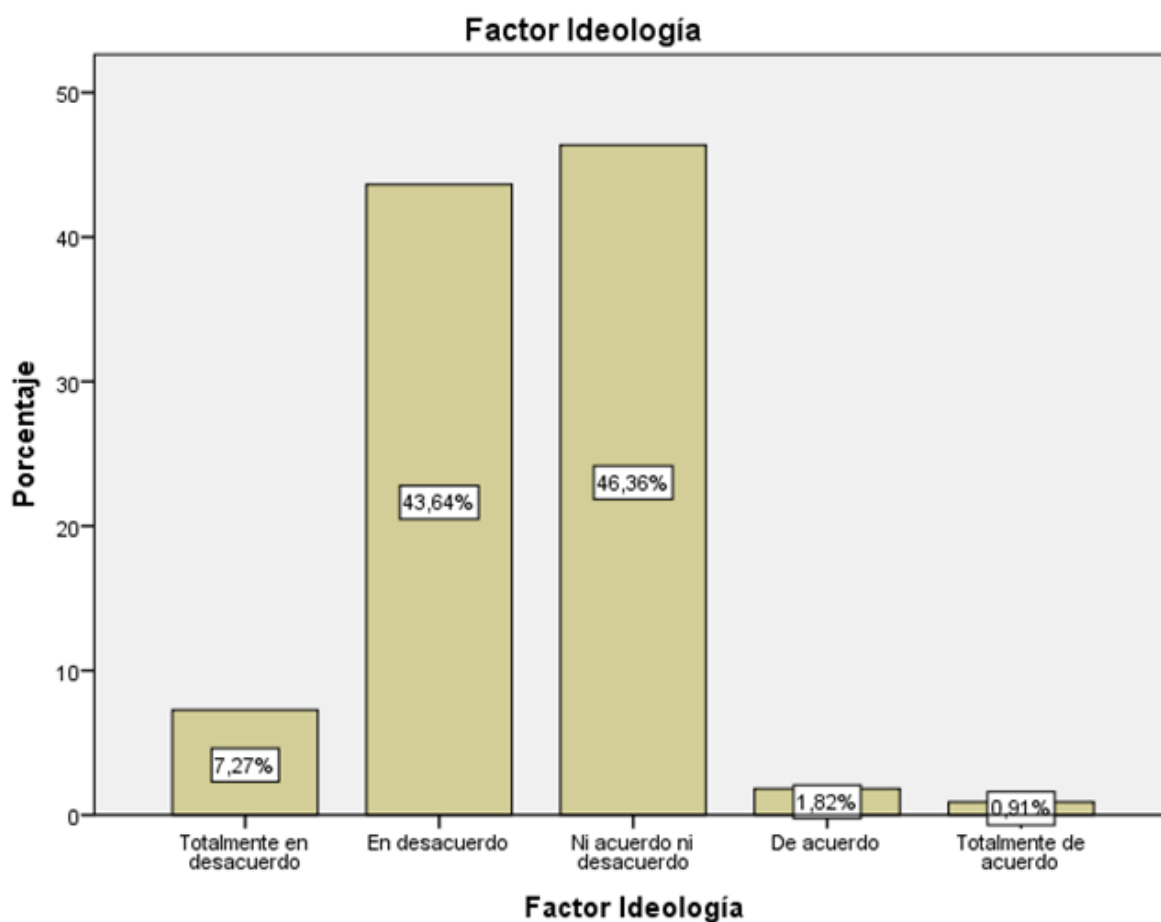
**Figura 7: Factor Benevolencia y población general**

Nota: En cuanto al factor benevolencia, se refleja un porcentaje mayor 53,64% en la categoría 'en desacuerdo', por otra parte, el 36,36% no tienen una respuesta establecida, mientras que el 10,00% están en la categoría 'totalmente en desacuerdo'.

**Figura 8: Factor Restricción Social y población general**

Nota: Se refleja que del total de estudiantes el 61,82% se encuentra en la categoría 'en desacuerdo', mientras que el 33,64% no tienen una opinión sólida con respecto a este factor, a su vez el 3,64% se encuentra en la categoría 'totalmente en desacuerdo' y el 0,91% se encuentra en la categoría 'totalmente de acuerdo'.

**Figura 9: Ideología de salud mental y población general**



Nota: En el factor de ideología de la salud mental el 46,36% encaja en la categoría 'ni acuerdo ni desacuerdo'. El 43,64% de los estudiantes entran en la categoría 'en desacuerdo', mientras que el 7,27% se encuentra en la categoría 'totalmente en desacuerdo', el 1,82% se encuentra en la categoría 'de acuerdo', por último, el 0,91% está en la categoría 'totalmente de acuerdo'.

**Análisis comparativo:**

Para el sexo, curso académico y edad se optó por realizar un chi cuadrado

**Tabla 49: Comparación factor autoritarismo y sexo**

		Factor Autoritarismo *Sexo tabulación cruzada			
		Sexo		Total	
Factor Autoritarismo		Masculino	Femenino		
	Desacuerdo	Recuento	9	30	39
		Recuento esperado	18,1	20,9	39,0
		% dentro de Sexo	17,6%	50,8%	35,5%
	Ni acuerdo ni desacuerdo	Recuento	40	27	67
		Recuento esperado	31,1	35,9	67,0
		% dentro de Sexo	78,4%	45,8%	60,9%
	Acuerdo	Recuento	2	2	4
		Recuento esperado	1,9	2,1	4,0
		% dentro de Sexo	3,9%	3,4%	3,6%
Total	Recuento	51	59	110	
	Recuento esperado	51,0	59,0	110,0	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	13,319 <sup>a</sup>	2	,001
Razón de verosimilitud	13,886	2	,001
Asociación lineal por lineal	12,119	1	,000
N de casos válidos	110		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,85.

En relación con el factor autoritarismo y sexo, se observa que los hombres se encuentran con opiniones neutras (78,4%) que las mujeres, más las mujeres se encuentran más en desacuerdo (50,8%) que los hombres al respecto a este factor. Esta diferencia resulta ser significativa [ $\chi^2=13,319$ ;  $gl=2$ ;  $p < 0,05$ ].

**Tabla 50: Comparación factor benevolencia y sexo**

Factor Benevolencia *Sexo tabulación cruzada					
			Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
Factor Benevolencia	Desacuerdo	Recuento	23	47	70
		Recuento esperado	32,5	37,5	70,0
		% dentro de Sexo	45,1%	79,7%	63,6%
	Ni acuerdo ni desacuerdo	Recuento	28	12	40
		Recuento esperado	18,5	21,5	40,0
		% dentro de Sexo	54,9%	20,3%	36,4%
Total	Recuento	51	59	110	
	Recuento esperado	51,0	59,0	110,0	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	14,121 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	12,667	1	,000		
Razón de verosimilitud	14,398	1	,000		



Prueba exacta de Fisher			,000	,000
Asociación lineal por lineal	13,993	1	,000	
N de casos válidos	110			

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18,55.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

En relación con el factor benevolencia y sexo se pudo encontrar que las mujeres se encuentran más en desacuerdo (79,7%) que los hombres, mientras que los hombres se encuentran con opiniones más neutras (54,9%) a comparación de las mujeres. Esta diferencia resulta ser significativa [ $\chi^2=14,121$ ;  $gl=1$ ;  $p < 0,05$ ].

**Tabla 51: Restricción Social y sexo**

Factor Restricción Social *Sexo tabulación cruzada					
			Sexo		
			Masculino	Femenino	Total
Factor Restricción Social	Desacuerdo	Recuento	29	43	72
		Recuento esperado	33,4	38,6	72,0
		% dentro de Sexo	56,9%	72,9%	65,5%
	Ni acuerdo ni desacuerdo	Recuento	22	15	37
		Recuento esperado	17,2	19,8	37,0
		% dentro de Sexo	43,1%	25,4%	33,6%
	Acuerdo	Recuento	0	1	1
		Recuento esperado	,5	,5	1,0

	% dentro de Sexo	0,0%	1,7%	0,9%
Total	Recuento	51	59	110
	Recuento esperado	51,0	59,0	110,0
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

---

**Pruebas de chi-cuadrado**

---

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,488 <sup>a</sup>	2	,106
Razón de verosimilitud	4,876	2	,087
Asociación lineal por lineal	2,663	1	,103
N de casos válidos	110		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,46.

Se puede observar que en el factor restricción social y sexo que las mujeres se encuentran más en desacuerdo (72,9%) que los hombres, mientras que los hombres muestran más respuestas neutras (43,1%) que las mujeres. No se encuentran diferencias significativas [ $\chi^2=4,488$ ;  $gl=2$ ;  $p > 0,05$ ].

Tabla 52: *Ideología de la salud mental y sexo*

Factor Ideología *Sexo tabulación cruzada					
			Sexo		
			Masculin o	Femenino	Total
Factor Ideología	Desacuerdo	Recuento	22	34	56
		Recuento esperado	26,0	30,0	56,0
		% dentro de Sexo	43,1%	57,6%	50,9%
	Ni acuerdo ni desacuerdo	Recuento	28	23	51
		Recuento esperado	23,6	27,4	51,0
		% dentro de Sexo	54,9%	39,0%	46,4%
	Acuerdo	Recuento	1	2	3
		Recuento esperado	1,4	1,6	3,0
		% dentro de Sexo	2,0%	3,4%	2,7%
Total	Recuento	51	59	110	
	Recuento esperado	51,0	59,0	110,0	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,828 <sup>a</sup>	2	,243
Razón de verosimilitud	2,840	2	,242
Asociación lineal por lineal	1,902	1	,168
N de casos válidos	110		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,39.

Con relación al factor ideología y sexo, se muestra que las mujeres se encuentran más en desacuerdo (57,6%) que los hombres, mientras que los hombres tienen opiniones más neutras (54,9%) que las mujeres. No existieron diferencias significativas [ $\chi^2=2,828$ ;  $gl=2$ ;  $p > 0,05$ ].

**Tabla 53: Comparación con Curso académico**

		Tabla cruzada				
		Curso académico				
			1ro de Bachillerato	2do de Bachillerato	3ro de Bachillerato	Total
Estigma total	Desacuerdo	Recuento	23	21	21	65
		Recuento esperado	21,9	24,2	18,9	65,0
		% dentro de Curso académico	62,2%	51,2%	65,6%	59,1%
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Recuento	14	20	11	45
		Recuento esperado	15,1	16,8	13,1	45,0
		% dentro de Curso académico	37,8%	48,8%	34,4%	40,9%
Total	Recuento	37	41	32	110	
	Recuento esperado	37,0	41,0	32,0	110,0	
	% dentro de Curso académico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,760 <sup>a</sup>	2	,415
Razón de verosimilitud	1,757	2	,415

Asociación lineal por lineal	,054	1	,816
N de casos válidos	110		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,09.

En relación con el curso no se encontraron diferencias significativas hacia el estigma, donde 1ro, 2do y 3ro de bachillerato no difieren de las respuestas, por ende, no tiene nada que ver el curso académico con un mayor o menor estigma social hacia TMG [ $\chi^2=1,760$ ;  $gl=2$ ;  $p > 0,05$ ].

**Tabla 54: Comparación con Edad**

		Tabla cruzada					
		Edad					
		15 años	16 años	17 años	18 años	Total	
Estigma total	Desacuerdo	Recuento	18	16	19	12	65
		Recuento esperado	16,0	19,5	18,9	10,6	65,0
		% dentro de Edad	66,7%	48,5%	59,4%	66,7%	59,1%
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Recuento	9	17	13	6	45
		Recuento esperado	11,0	13,5	13,1	7,4	45,0
		% dentro de Edad	33,3%	51,5%	40,6%	33,3%	40,9%
Total	Recuento	27	33	32	18	110	
	Recuento esperado	27,0	33,0	32,0	18,0	110,0	
	% dentro de Edad	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,605 <sup>a</sup>	3	,457
Razón de verosimilitud	2,602	3	,457
Asociación lineal por lineal	,021	1	,884
N de casos válidos	110		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,36.

Con relación a la edad, no existen diferencias significativas, los estudiantes con 15, 16,17 y 18 años no difieren de las respuestas, por lo cual, no tiene nada que ver la edad con el estigma social hacia personas con TMG [ $\chi^2=2,605$ ;  $gl=3$ ;  $p > 0,05$ ].

**Tabla 55: Comparación de sexo y noción sobre la familiaridad con una persona con TMG**

41. Conoces por tu cuenta a una persona con algún problema*Sexo tabulación cruzada					
			Sexo		
			Masculino	Femenino	Total
41. Conoces por tu cuenta a una persona con algún problema	Sí	Recuento	29	54	83
		Recuento esperado	38,5	44,5	83,0
		% dentro de Sexo	56,9%	91,5%	75,5%
	No	Recuento	22	5	27
		Recuento esperado	12,5	14,5	27,0
		% dentro de Sexo	43,1%	8,5%	24,5%
Total		Recuento	51	59	110

Recuento esperado	51,0	59,0	110,0
% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

---

**Pruebas de chi-cuadrado**

---

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	17,746 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	15,924	1	,000		
Razón de verosimilitud	18,621	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	17,585	1	,000		
N de casos válidos	110				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,52.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Con relación a al sexo y al ítem 41 agregado, se pudo encontrar que existen más mujeres que sí conocen a personas con TMG (54%) en comparación con los hombres (56,9%). Esta diferencia resulta ser significativa [ $\chi^2=17,746$ ;  $gl=1$ ;  $p < 0,05$ ].

Tabla 56: Comparación con Sexo

Tabla cruzada					
			Sexo		
			Masculino	Femenino	Total
Estigma total	Desacuerdo	Recuento	21	44	65
		Recuento esperado	30,1	34,9	65,0
		% dentro de Sexo	41,2%	74,6%	59,1%
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Recuento	30	15	45
		Recuento esperado	20,9	24,1	45,0
		% dentro de Sexo	58,8%	25,4%	40,9%
Total	Recuento	51	59	110	
	Recuento esperado	51,0	59,0	110,0	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	12,623 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	11,280	1	,001		
Razón de verosimilitud	12,832	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000



Asociación lineal por lineal	12,509	1	,000
N de casos válidos	110		

---

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,86.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Con relación al total del cuestionario y el sexo, se obtuvo que las mujeres se encuentran más en desacuerdo (74,6%) que los hombres (41,2%) con respecto al estigma social hacia personas con TMG, mientras que los hombres muestran opiniones más neutras. Esta diferencia resulta ser significativa [ $\chi^2=12,623$ ;  $gl=1$ ;  $p < 0,05$ ].

#### 4. CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue analizar el estigma social que presentan los adolescentes hacia personas diagnosticadas con trastornos mentales graves. Se evaluaron los resultados de la aplicación del cuestionario CAMI mediante un análisis descriptivo y comparativo.

El cuestionario de estigma social CAMI presenta 4 factores o componentes, uno de ellos es el *autoritarismo* que busca observar el criterio de la población general respecto de las personas con problemas de salud mental y las que no lo padecen. Dentro del mismo se obtuvo un 60,91% en la categoría 'ni acuerdo ni desacuerdo', lo cual evidencia que la mayoría de los participantes de la muestra no tiene una postura específica respecto al tema, lo que, a su vez, denota que se requiere más información y sensibilización al respecto en la comunidad educativa. En la investigación de Campo-Arias *et al.*, (2014) se indica que el desconocimiento sobre los trastornos mentales es uno de los principales

causantes de estigma social en la población que no necesariamente padece de problemas de salud mental.

Por otra parte, el factor *benevolencia* examina comportamientos de protección hacia personas con problemas de salud mental. Dentro del mismo, se obtuvo que un 53,64% de la muestra expresa estar 'en desacuerdo', mostrando la posible inexistencia de brindar ayuda a esta población por poco interés inclusive. En el estudio de Velasco (2013) se menciona que la sociedad actual etiqueta y asocia ideas negativas hacia esta población por lo cual la hacen a un lado e incluso es invisibilizada.

El componente *restricción social* indaga sobre la peligrosidad percibida por la población general hacia personas con problemas de salud mental. En la muestra se obtuvo un 61,82% en la categoría 'en desacuerdo', hecho que refleja que los estudiantes no tienen niveles altos de estigma social y están en discrepancia con el enunciado, esto se podría deber a la visión que tienen de esta población. Los hallazgos concuerdan con el estudio de Frías *et al.*, (2017) donde la mayoría de la muestra, conformada por 42 personas, mostró bajos puntajes de percepción de peligro ante esta población.

Por último, el factor *ideología de salud mental* analiza las creencias hacia la inclusión/exclusión a la sociedad de personas con algún padecimiento mental. Dentro de la misma se obtuvo que un 43,64% de la muestra se manifiesta 'en desacuerdo' en relación con la exclusión, esto se puede deber a que la mayoría de los participantes (74,8%) sí conoce a una persona con TMG. No obstante, cabe señalar que el 46,36%, es decir, el puntaje más alto, encaja en la categoría 'ni acuerdo ni desacuerdo', lo que reafirma el desconocimiento respecto a la conceptualización de la salud mental y su expresión en lo individual y lo colectivo. De hecho, el estudio realizado por Ewalds-Kvist *et al.*, (2013) encontró que las mujeres se encontraban más abiertas a la idea de la reinserción social de las personas con problemas de salud mental que los hombres.

Es importante aclarar que, si bien la mayoría de los factores no arrojan altos puntajes de estigmatización, muchos de ellos mantienen altos niveles de neutralidad, especialmente, en la población masculina, lo que implica que, aunque no existan valores significativos de estigma social, tampoco desecha la idea de una ausencia del mismo.

En cuanto a la comparación de las variables sexo, curso académico y edad con respecto a la variable estigma social hacia TMG, se obtuvo como resultado la existencia

de diferencias significativas entre hombres y mujeres asociado con este enunciado. En la investigación de Ochoa *et al.*, (2016) se encontró una semejanza en los resultados con respecto a la diferenciación entre hombres y mujeres con respecto al estigma.

Contrastando la variable sexo con los componentes de estigma social del cuestionario CAMI (autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología) se observa que los estudiantes varones se ubican en su mayoría en categorías de respuestas neutras (78,4%, 54,9%, 43,1% y 54,9% respectivamente) mientras que las estudiantes mujeres representan un mayor porcentaje en categorías que se encuentran más 'en desacuerdo' con el estigma (30%, 79,7%, 72,9% y 57,6% respectivamente), por lo cual se puede inferir que existe más ambigüedad en la toma de postura frente al estigma social en los hombres. En el estudio de Dupont-Reyes *et al.*, (2020) se explica que la población masculina proporciona un más alto porcentaje de respuestas neutras o negativas en comparación con las mujeres porque existe un menor conocimiento de los hombres respecto de las personas con problemas de salud mental graves.

Entre 1ro 2do y 3ro de Bachillerato, así como, en la variable edad no existieron diferencias significativas, lo cual puede estar dado por la variabilidad en la cantidad de intragrupo. Los grupos no son homogéneos en el número de estudiantes según curso académico y edad.

Respecto a la comprobación de la hipótesis planteada en el presente estudio, la primera posición indicaba que los adolescentes tienen un nivel bajo de estigma social hacia personas con trastornos mentales graves, lo cual se comprobó dado que presenta una  $M=2,37$ ;  $M_0=2$ , que indica que están 'en desacuerdo' con el estigma. En el estudio de Rodríguez-Meirinhos y Antolín-Suárez (2020) hubo de igual manera un bajo nivel de estigma social en adolescentes españoles.

En relación con la segunda hipótesis que indicaba que los hombres presentan mayor estigma que las mujeres podría ser acertada, puesto que la población masculina de la muestra es completamente ajena a presentar estigma social ante esta población. Dado que la respuesta es ambivalente por parte de los hombres, lo que no permite corroborar o desmentir la hipótesis planteada, sin embargo, sí se puede afirmar que las estudiantes mujeres están en contra del estigma. En el estudio de Holman (2015) de igual forma se menciona que las mujeres tienen menos niveles de estigma que los hombres,

además de que son menos propensas a puntuar más que los hombres con relación a la discriminación.

Al aumentar un ítem con respecto a si conocen por su cuenta a una persona con algún problema de salud mental, se obtuvo que la mayoría sí conocía a alguien cercano a esta población (74,8%). En este caso también se realizó una comparación de este ítem y el sexo en el cual se observó que las mujeres conocían más a personas con TMG (91,5%) que los hombres (43,1%). De igual manera se puede contrastar con el estudio de Martínez-Zambrano *et al.*, (2013), que concluyó que existen más mujeres (45%) que conocen a población con algún padecimiento mental, mientras que los hombres no conocían o no tenían una relación cercana con esta población (54%).

## 5. CAPÍTULO V: CONCLUSIÓN

- El estudio evaluó el estigma social hacia trastornos mentales mediante la aplicación del cuestionario CAMI a 110 estudiantes entre 14 a 18 años, siendo 51 hombres y 59 mujeres, en el cual se demostró que no existen diferencias significativas en cuanto a la edad y curso académico, mientras que considerando la variable sexo si se obtuvieron diferencias significativas.
- En el caso de los hombres se encontraban más con opiniones neutras en comparación con las de las mujeres quienes se encontraban más en desacuerdo con el estigma social.
- El alto porcentaje de opiniones neutras implica que debe haber mayor presencia del Ministerio de Salud Pública en la ejecución de campañas y/o talleres psicoeducativos para la reducción del estigma, en la población general y especialmente en adolescentes para mejorar el conocimiento respecto a los trastornos mentales graves.
- Se propone impulsar el contacto social con personas que sufren TMG para tener información verídica respecto a lo que ellos han vivido y lo que realmente significa padecer un problema de salud mental. En la investigación de Frías *et al.*, (2017) mencionan que el contacto social aminora el estigma sobre las personas con problemas de salud mental, además de brindar oportunidades de igualdad, conocimiento e información esencial para comprender a esta población.
- Las limitaciones del presente estudio refieren a que en la muestra la representación de los estudiantes de 18 años fue menor a comparación de la representación de las otras edades; el no poder tener un contacto directo con los estudiantes lo que

posiblemente no contribuyó a la comprensión completa del cuestionario; así como, la escasez de estudios sobre el estigma social en el país, hecho que dificultó la comparación de datos.

- En el estudio de Llanos Román (2019) se menciona que el estigma social en el país es menor a comparación de otros países, sin embargo, sugiere que es necesario implementar leyes en centros concentrados en la salud mental y así promulgar los derechos del paciente mental como tal.

La misma autora manifiesta que si bien en Ecuador el estigma social y el auto-estigma es percibido con un menor peso que en Valencia-España, sin embargo, se sigue relacionando con experiencias de exclusión sociolaboral, lo que conlleva a que se esconda la enfermedad a familiares y empresarios por miedo al rechazo, hecho que no solo vulnera sus derechos, sino que perjudica directamente a las familias y a la comunidad.

Por último, en Ecuador se requiere contar con una ley de salud mental que garantice el ejercicio pleno de los derechos mediante la promoción de la salud, la prevención de los problemas mentales, implementar los centros especializados de salud mental en la comunidad, las unidades de acogida, mejorar las subvenciones básicas e invertir en el desarrollo de cooperativas sociales de trabajo.

- La presente investigación se presta a varias futuras líneas de investigación, por ejemplo, la aplicación del cuestionario CAMI en población estudiantil universitaria que se encuentran cursando carreras en el área de salud con la finalidad de sensibilizar a esta población; asimismo, se considera importante el realizar la validación del instrumento en el país para confirmar si se mantiene los mismo factores del cuestionario original; además, resulta relevante el que se puedan realizar investigaciones comparativas sobre la efectividad de diferentes programas y estrategias de reducción de estigma social.
- La investigación pretende ser un aporte a la Psicología en el contexto ecuatoriano. No existen suficientes avances investigativos sobre el estigma social en población adolescente, realidad que nos lleva a incentivar a la académica y a la sociedad a interesarse en esta temática.

## 6. CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª ed.). Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Editorial Médica Panamericana.
- Barra Almagia, E. (1998). Psicología social. Universidad de Concepción, Vicerrectoría Académica.  
<https://www.guao.org/sites/default/files/biblioteca/Psicolog%C3%ADa%20Social.pdf>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H., y Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-167.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>
- Cea-Madrid, J. C., y Castillo-Parada, T. (2016). Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 169-192.  
<http://www.teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/159>
- Cibersam: Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental. (2015). Cuestionario de actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental. Cibersam: Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=275>
- Dupont-Reyes, M., Villatoro, A., Phelan, J., Painter, K., y Link, B. (2020). Adolescent views of mental illness stigma: An intersectional lens. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(2), 201-211. <https://doi.org/10.1037/ort0000425>
- DuPont-Reyes, M., Villatoro, A., Phelan, J., Painter, K., y Link, B. (2020). Media language preferences and mental illness stigma among Latinx adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 929-939. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01792-w>
- Ewalds-Kvist, B., Högberg, T., y Lützén, K. (2013). Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. *Nord J Psychiatry*, 1-9. . doi: 10.3109/08039488.2012.748827
- Frías, V., Fortuny, J., Guzmán, S., Santamaría, P., Martínez, M., y Pérez, V. (2017). Estigma: la relevancia del contacto social en el trastorno mental. *Enfermería Clínica*, 1-7.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.05.007>
- Goffman, E. (2001). Estigma : la identidad deteriorada. Amorrortu Editores España SL.  
<https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>
- González-Pando, D., Sanz de la Garza, C. L., Aparicio-Basauri, V., Arboleya, T., y González-Menéndez, A. M. (2020). La psicología ante la terapia electroconvulsiva (I): Aspectos

- históricos y conceptuales. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 125-135.  
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2923>
- Grandón, P., Saldivia, S., Cova, F., Bustos, C., y Turra, V. (2016). Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena. *Universitas Psychologica*, 15(2), 153-162.  
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/6741>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6th ed.). McGraw-Hill Education.  
<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Holman, D. (2015). Exploring the relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Health*, 19(4), 413-429.  
<https://doi.org/10.1177/1363459314554316>
- IESM-OMS (2015). Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Ecuador. OPS, OMS, MSP. Diciembre. Disponible en:  
[http://plataforma.fundacionmanantial.org/system/files/ecuador\\_informe\\_sobre\\_el\\_sistema\\_de\\_salud\\_mental\\_en\\_el\\_ecuador\\_iesm-oms\\_1.pdf](http://plataforma.fundacionmanantial.org/system/files/ecuador_informe_sobre_el_sistema_de_salud_mental_en_el_ecuador_iesm-oms_1.pdf)
- Llanos Román, G. (2019). *Inclusión laboral como elemento de promoción de la salud en personas con trastornos mentales graves en España, Ecuador e Italia*. [Tesis Doctoral, Universidad de Valencia]. Repositorio Institucional Universidad de Valencia.  
<https://roderic.uv.es/handle/10550/70744>
- Landázuri Camacho, M. (2008). *Salir del encierro: medio siglo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro* (1ªed). Banco Central del Ecuador.  
[http://www.marianalandazuri.com/Hospital\\_San\\_Lazaro.pdf](http://www.marianalandazuri.com/Hospital_San_Lazaro.pdf)
- Link, B., y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B., Yang, L., Phelan, J. C., y Collins, P. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>
- Magallares, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*, 13(2), 7-17.  
<https://raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/view/248830>
- Martínez-Zambrano, F., García, E., García, M., José Miguel, Villellas, R., Pascual, G., Arenas, O., y Ochoa, S. (2013). Intervention for reducing stigma: Assessing the influence of gender and knowledge. *World Journal Psychiatry*, 3(2), 18-24.  
<https://www.wjgnet.com/2220-3206/full/v3/i2/18.htm>

- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n1/v38n1a8.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Ministerio de Salud Pública: Centro de Atención Ambulatoria Especializado "San Lázaro"*. Ministerio de Salud Pública.  
<http://www.sanlazarogob.ec/>
- Ministerio de Salud Pública. (2015). Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Ministerio de Salud Pública.  
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Modelo-de-Salud-Mental-con-firmas-y-acuerdo.pdf>
- Mollinedo, S. (s. f.) *Salud Mental Italia. Historia de la salud mental*.  
[https://www.academia.edu/25878882/SALUD\\_MENTAL\\_ITALIA?email\\_work\\_card=reading-history](https://www.academia.edu/25878882/SALUD_MENTAL_ITALIA?email_work_card=reading-history)
- Muriel, S. (2011). Estudio cualitativo sobre la situación laboral de las mujeres con discapacidad intelectual y/o trastorno mental. Confederación Salud Mental España.  
<https://consaludmental.org/publicaciones/Estudiosituacionlaboralmujerestrastornomental.pdf>
- Navarro, N., y Trigueros, R. (2019). Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática. *Psychology, Society, & Education*, 11(2), 253-266.  
<http://dx.doi.org/10.25115/psye.v11i2.2268>
- Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., Vilellas, R., Ramón-Martín, J., Pérez-Franco, M. B., Valduciel, T., García-Franco, M., Miguel, J., Balsera, J., Pascual, G., Julia, E., Casellas, D., y Haro, J. M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 150-157. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-validacion-al-castellano-escala-estigma-S1888989115000476>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe. *Organización Panamericana de la Salud*, 1-45. <https://doi.org/10.37774/9789275323014>
- Organización Mundial de la Salud- Europa (OMS) (2008), "Stigma: an international briefing paper", Health Scotland.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Guía de Bolsillo de La Clasificación Cie-10. Médica Panamericana. [https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf)



- Organización Mundial de la Salud. (2002). Programa Mundial de Acción en Salud Mental (mhGAP): cerremos la brecha, mejoremos la atención. Organización Mundial de la Salud. [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/267.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Desarrollo de la Adolescencia. Organización Mundial de la Salud. [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Trastornos Mentales [Notas descriptivas]. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 20013-2020. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/es/](https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/).
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental en Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS). Organización Panamericana de la Salud. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/ecuador\\_who\\_aims\\_report\\_sp.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=1).
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas: PERFIL DEL PAÍS. PAHO. [Documento de Internet]. <https://www.paho.org/es/file/73019/download?token=n6VHVQSu>
- Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(1), 39-50. [https://www.researchgate.net/profile/Duncan-Pedersen-2/publication/281364699\\_Estigma\\_y\\_exclusion\\_en\\_la\\_enfermedad\\_mental\\_Apuntes\\_para\\_el\\_analisis\\_e\\_investigacion/links/5613df6508aec622440fd69a/Estigma-y-exclusion-en-la-enfermedad-mental-Apuntes-para-el-ana](https://www.researchgate.net/profile/Duncan-Pedersen-2/publication/281364699_Estigma_y_exclusion_en_la_enfermedad_mental_Apuntes_para_el_analisis_e_investigacion/links/5613df6508aec622440fd69a/Estigma-y-exclusion-en-la-enfermedad-mental-Apuntes-para-el-ana)
- Pérez Soto, C. (2012). Una nueva Antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico (2ªed). LOM Ediciones. [https://www.academia.edu/40622003/Carlos\\_P%C3%A9rez\\_Soto\\_Una\\_nueva\\_antipsiquiatr%C3%ADa](https://www.academia.edu/40622003/Carlos_P%C3%A9rez_Soto_Una_nueva_antipsiquiatr%C3%ADa)
- Pérez-Soto, C. (2009). Sobre la condición social de la psicología. Psicología, epistemología y política. Santiago: Arcis – Lom.
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P., Evdoka-Burton, G., y Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 30(2), 183-211. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4>

- Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educação. Revista do Centro de Educação*, 21(1), 11-22.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=117117257002>
- Rivera Aragón, S., y García Méndez, M. (2014). *Aplicación de la Estadística a la Psicología*. El Cid Editor Incorporated.  
[https://www.academia.edu/34343785/Rivera\\_Aragon\\_Sofia\\_Y\\_Garcia\\_Mendez\\_Mirna\\_Aplicacion\\_De\\_La\\_Estadistica\\_A\\_La\\_Psicologia\\_pdf](https://www.academia.edu/34343785/Rivera_Aragon_Sofia_Y_Garcia_Mendez_Mirna_Aplicacion_De_La_Estadistica_A_La_Psicologia_pdf)
- Rodríguez-Meirinhos, A., y Antolín-Suárez, L. (2020). Estigma social hacia la enfermedad mental: factores relacionados y propiedades psicométricas del Cuestionario de Atribuciones-revisado. *Universitas Psychologica*, 19, 1-13.  
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy19.esem>
- Rössler, W. (2016). The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO Reports*, 17(9), 1250-1253.  
<https://doi.org/10.15252/embr.201643041>
- Runte, A. (2005). Estigma y Esquizofrenia: Qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores. [Tesis Doctoral, Universidad de Granada]. Repositorio Institucional Universidad de Granada.  
<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/766/15750784.pdf;sequence=1>
- Simó, S. (2016). El aprendizaje servicio frente al estigma social que rodea la enfermedad mental. *Opción*, 32(12), 686-700. <https://www.redalyc.org/pdf/310/31048903032.pdf>
- Stucchi-Portocarrero, S. (2013). Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4), 218-223. <https://doi.org/10.20453/rnp.v76i4.1170>
- Torres, C., y Escarabajal, M. D. (2005). Psicofarmacología: Una aproximación histórica. *Anales de Psicología*, 21(2), 199-212. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16721202.pdf>
- UNICEF. (2020). El estigma social asociado con el COVID-19. UNICEF.  
<https://www.unicef.org/uruguay/documents/el-estigma-social-asociado-con-el-covid-19>
- Velasco, R. (2013). De-construyendo el Estigma en Salud Mental. *Psychology, Society, & Education*, 5(1), 91-102. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4489425>

## 7. CAPÍTULO VII: ANEXOS

### 6.1 Consentimiento Informado

**Consentimiento Informado**

En el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ Yo \_\_\_\_\_ con número de cédula \_\_\_\_\_ Por voluntad propia doy el consentimiento para la realización de la toma del cuestionario CAMI, por parte del estudiante Martín Jaramillo (1723565279), estudiante de la carrera de psicología, perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Internacional SEK, para realizar la investigación para la culminación de carrera, titulada: "Estigma Social en adolescentes hacia personas con trastornos mentales graves" en la Unidad Educativa Particular Jan Komenský con un tiempo estimado de 10 a 15 minutos para su aplicación. Manifiesto que me fue notificado de una forma completa y clara sobre el proceso de evaluación. Toda información recolectada será privada y con fines académicos solamente además de no contener ningún costo por dicha aplicación de la evaluación. Hago constar que he leído y entendido en su totalidad, por lo que firmo y acepto su contenido.

Firma del representante legal \_\_\_\_\_

Teléfono contacto: \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_



Firma del investigador

## 6.2 Carta a la rectora de la institución

Quito, 03 de mayo del 2022

MSc. Deyanira González

RECTORA

UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR JAN KOMENSKY

QUITO-ECUADOR

Presente.\_

De mis consideraciones:

Por medio de la presente le extiendo un cordial saludo y a su vez me permito solicitar de la manera más comedida, la autorización para ingresar a la UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR JAN KOMENSKÝ para llevar a cabo mi investigación con fines académicos de la Universidad Internacional SEK por parte de Martín Sebastián Jaramillo Cruz CI: 1723565279 del pregrado de psicología donde desarrollaré el tema: **ESTIGMA SOCIAL EN ADOLESCENTES HACIA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES**. Para ello se aplicará el Cuestionario de actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental (CAMI) con un tiempo aproximado de aplicación de 10 minutos mediante un link de Google Forms. Por otro lado, se solicitará el consentimiento informado tanto a los representantes legales como a los estudiantes adolescentes, estos de 15 a 18 años de edad (10mo a 3ro de bachillerato). La aplicación del cuestionario no conlleva ningún riesgo para los participantes ya que se va conocer la percepción de los mismo en torno al tema.

Me despido agradeciéndole de antemano, esperando contar con una respuesta favorable a esta petición

Atentamente

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Martín Jaramillo', is written over a faint, light-colored rectangular stamp or watermark.

Martín Jaramillo

1723565279

Estudiante de Psicología

### 6.3 Instrumento 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.

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------



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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------