



**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK**

**FACULTAD DE CIENCIAS DEL TRABAJO Y DEL COMPORTAMIENTO  
HUMANO**

**Investigación de fin de carrera titulada:**

**“EL ESTIGMA HACIA PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN  
ESTUDIANTES DE ÚLTIMOS AÑOS DE PSICOLOGÍA”**

**Realizado por:**

**Ivanna Moreno Palacios**

**Director(a) de proyecto:**

**Msc. Claudia Gabriela Terán Ledesma**

**Como requisito para la obtención del título de:**

**PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Quito, 29 julio de 2019**

## DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, IVANNA ALEJANDRA MORENO PALACIOS, con cédula de identidad No. 1713247383, declaro bajo juramento que el trabajo aquí desarrollado es de mi autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado a calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

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 por la normativa institucional vigente.

*Ivanna M.*

Ivanna Alejandra Moreno Palacios

C.C.: 1713247383

**DECLARATORIA**

El presente trabajo de investigación titulación  
**EL ESTIGMA HACIA PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES  
DE ÚLTIMOS AÑOS DE PSICOLOGÍA**

Realizado por:

**IVANNA ALEJANDRA MORENO PALACIOS**

Como requisito para la obtención del título de:

**Psicólogo Clínica**

Ha sido dirigido por la profesora:

**Msc. Psi. CLAUDIA GABRIELA TERÁN LEDESMA**

Quien considera que constituye un trabajo original de su autor.



**Msc. Psi. Claudia Terán Ledesma.**

**DIRECTORA**

## LOS PROFESORES INFORMANTES

Los profesores informantes:

**MSC. ESTEBAN RICAURTE**

**MSC. CLAUDIA TERÁN**

**Ph.D. GABRIELA PAZMIÑO**

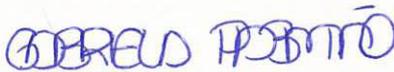
Después de revisar el trabajo presentado, lo han calificado como apto para su defensa oral ante el tribunal examinador.



Msc. Esteban Ricaurte



Msc. Claudia Terán



Ph.D. Gabriela Pazmiño

## **DEDICATORIA**

A mí querida mamá por su amor tan profundo e incondicional hacia mí y por ser una sobreviviente y gran luchadora en esta vida y enseñarme que para todo hay solución a pesar de las dificultades.

A mi padre por enseñarme que el estudio no es una obligación y si una oportunidad de crecer en todas las dimensiones del saber.

A mi tía Marlene y mis hermanas Angélica y Mae por estar junto a mí en todas las etapas de mi vida, alentándome y confiando siempre en mis capacidades.

A mi gran amiga Minerva Thompson porque con ella conocí el significado de la solidaridad y amistad.

Y a todas aquellas personas con problemas psíquicos que han sido víctimas de discriminación, segregación o juzgamiento.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres por ser siempre mi apoyo durante todas las etapas de mi vida, a mis cinco hermanos que representan siempre una mano de apoyo para mi vida. A mis queridas tías

Adriana y Marlene por ayudarme a encontrar luz en medio de las adversidades.

A mi novio por ser un gran apoyo y brindarme su mano para alcanzar mis objetivos a pesar de lo duro que puede ser el camino.

Agradezco a la Universidad Internacional SEK y a sus docentes, especialmente a Msc. Claudia Terán, Ph.D. Anna Costales, Msc. Esteban Ricaurte y Ph.D. Gabriela Pazmiño, quienes con su apoyo, paciencia y guía me alentaron para concebir este gran sueño.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>CONTENIDO</b>	
<b>CAPITULO I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1.EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1.1. Planteamiento del problema</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1.1.1.Pronóstico del problema</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1.1.2.Control del pronóstico</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1.2.Formulación del problema</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1.3.Sistematización del problema</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1.4.Objetivo General</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1.5.Objetivos Específicos</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1.6.Justificación</b> .....	<b>7</b>
<b>1.2.MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>9</b>
<b>1.2.1.Estado actual del conocimiento sobre el tema</b> .....	<b>26</b>
<b>1.2.2.Adopción de una perspectiva teórica</b> .....	<b>27</b>
<b>1.2.3.Marco Conceptual</b> .....	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO II. MÉTODO</b> .....	<b>29</b>
<b>2.1. TIPO DE ESTUDIO</b> .....	<b>29</b>
<b>2.2. MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>29</b>
<b>2.3. MÉTODO</b> .....	<b>30</b>
<b>2.4. POBLACIÓN</b> .....	<b>30</b>
<b>2.5. SELECCIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>31</b>
<b>2.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO</b> .....	<b>32</b>
<b>2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b> .....	<b>33</b>
<b>2.8. PROCESAMIENTO DE DATOS</b> .....	<b>35</b>
<b>CAPÍTULO III. RESULTADOS</b> .....	<b>36</b>
<b>3.1. LEVANTAMIENTO DE DATOS</b> .....	<b>36</b>
<b>3.2. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> .....	<b>36</b>
<b>CAPITULO IV. DISCUSIÓN</b> .....	<b>43</b>
<b>4.1. CONCLUSIONES</b> .....	<b>48</b>
<b>4.2. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>50</b>

<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>54</b>
----------------------	-----------

## **INDICE DE GRAFICOS**

<b>Grafico 1. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Responsabilidad .....</b>	<b>37</b>
<b>Grafico 2. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Piedad .....</b>	<b>37</b>
<b>Grafico 3. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Ira.....</b>	<b>38</b>
<b>Grafico 4. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Ayuda.....</b>	<b>39</b>
<b>Grafico 5. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Peligrosidad.....</b>	<b>40</b>
<b>Grafico 6. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Coerción.....</b>	<b>40</b>
<b>Grafico 7. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Segregación .....</b>	<b>41</b>
<b>Grafico 8. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Miedo .....</b>	<b>41</b>
<b>Grafico 9. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Evitación .....</b>	<b>42</b>

## Resumen

La presente investigación tiene como propósito interrogar sobre las actitudes estigmatizantes que puede existir en los estudiantes de psicología de últimos años en relación a las enfermedades mentales, este estudio se realizará a través de la aplicación de un cuestionario estructurado con la finalidad de abrir espacios de reflexión para esclarecer ante la posibilidad de atenuar el impacto de los prejuicios que existe hacia los individuos con problemas psíquicos.

Se aplicó el cuestionario de Atribución AQ-27, elaborado por Corrigan y colaboradores en el 2004. Asimismo, se adjuntó un consentimiento informado donde los estudiantes aceptan que los datos obtenidos sean publicados en la presente investigación. La muestra de la investigación fue de 41 estudiantes de psicología. Este estudio se fundamenta en el método cualitativo y el procedimiento inductivo-deductivo. Se concluyó que los estudiantes de psicología demostraron más nivel de estigma en la variable coerción, tomando en cuenta, que están de acuerdo con que los pacientes con vulnerabilidad psíquica sigan un tratamiento psiquiátrico o psicológico obligatorio, siendo personas no aptas ante sus decisiones e independencia. Asimismo, la coerción se asocia a que los tratamientos farmacológicos y la reclusión en centros especializados en enfermedad mental son una opción que los estudiantes de psicología advierten necesarios para el tratamiento de las personas con problemas psíquicos.

**Palabras Clave:** Estigma, enfermedad mental, cuestionario AQ-27, estudiantes de psicología.

## **Abstract**

The main objective of this research is to question the stigmatizing attitudes that psychology students may have, in recent years, in relation to mental illnesses. This study will be carried out through the application of a structured questionnaire in order to open up spaces for reflection, to clarify the possibility of mitigating the impact of the prejudices that exists towards individuals with mental health problems.

The Attribution AQ-27 questionnaire, prepared by Corrigan and collaborators in 2004, was applied and an informed consent was also attached where students agreed that the data obtained would be published in the present investigation. The sample of this research was 41 psychology students. This study is based on the qualitative method and the inductive- deductive procedure. The conclusion obtained was that the students of psychology showed more level of stigma in the variable coercion, taking into account that they agree that patients with psychic vulnerability must follow a compulsory psychiatric or psychological treatment, being unfit for their decisions and independence. Likewise, coercion is associated with the fact pharmacological treatments, and seclusion in centers specialized in mental illness, are an option that psychology students warn is necessary for the treatment of people with psychic problems.

**Keywords:** Stigma, mental illness, AQ-27 questionnaire, psychology students.

## **CAPITULO I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1.1. Planteamiento del problema**

“Las personas con enfermedad psíquica se enfrentan a distintas formas de desprecio, rechazo y discriminación social. El rechazo genera un gran sufrimiento, en ocasiones mayor que el derivado de los propios síntomas de la enfermedad” (Lezcano, 2013)

El presente estudio se realizará con un grupo delimitados de estudiantes que están en últimos años de la carrera de psicología, en algunas universidades de la ciudad de Quito-Ecuador, elegidos en función de reconocer acerca del estigma hacia las personas con patologías psíquicas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2001, el 25% de la población mundial, es decir una de cada cuatro personas, presentan en su ciclo vital al menos un trastorno mental. Hoy en día existen 450 millones de seres humanos con problemas mentales en países desarrollados como en desarrollo. La enfermedad mental se entiende como cinco de las diez principales causas de discapacidad en el mundo (Organización Mundial de la Salud , 2001).

Por lo tanto, hay un grupo significativo de seres humanos con problemas de salud mental que aparte de la condición o diagnóstico que poseen, se enfrentan a actitudes

estigmatizantes por parte de la sociedad y en lo que en ella se compone. En lo que se refiere al Ecuador no existen datos sobre la población que padece algún problema de salud mental y hay muy escasa investigación acerca del fenómeno del estigma.

De la misma forma, según el IESM-OMS (2008) refiere que en el Ecuador no hay una Ley de Salud Mental que ampare la salud de los ecuatorianos. Además, el personal que presta atención a este grupo de personas no son lo suficientemente preparados con relación a derechos humanos.

Sin embargo, según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2015) señala los convenios internacionales que promueven la mejora de la enfermedad mental en el Ecuador, dentro de este panorama se halla el progreso de la atención de la salud mental y la creación de entornos saludables tanto para la salud mental como física, asimismo, se desarrolla la idea de sembrar nuevos espacios de conciencia de lo primordial que es incluir y comprender a las personas con problemas psiquiátricos.

No obstante, dentro de este año, se encuentra un análisis más profundo acerca de la población que posee algún desorden psíquico, detallando que en el Ecuador existen 94.612 personas con discapacidad intelectual y mental; siendo la depresión un desorden mental con mayor frecuencia en el país y para el 2020 será la segunda causa de discapacidad en la población nacional e internacional (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Es necesario reflexionar acerca de los profesionales de la salud mental en el Ecuador, ya que no poseen una formación específica de la salud mental en pregrado. Asimismo, las prácticas pre profesionales de psicología están direccionadas hacia el ámbito hospitalario. Por último, las instituciones académicas no ofrecen oportunidades de prácticas en servicios de salud mental con visiones comunitarias, por lo que puede generar barreras a la hora de realizar tratamientos con las personas que poseen enfermedad mental (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Por otro lado, según Sánchez (2016) muestra que dentro de nuestra sociedad existen fuentes de estigmatización, muchos de los pacientes coinciden en que la principal fuente de estigma proviene de la población general, sin embargo, no es la única fuente de discriminación, también se ha podido identificar este fenómeno en los medios de comunicación, la comunidad, la familia, lugar de trabajo y en los profesionales y practicantes de la salud mental. Tomando en cuenta al último punto, donde se concentrará la presente investigación y según Sánchez en 2016, las actitudes estigmatizantes por parte de los profesionales y practicantes de la salud hacia sus pacientes interfiere en la mejora de sus padecimientos, el estigma supondrá una actitud negativa que repercutirá indudablemente sobre su recuperación y supone una amenaza a su salud integral así como también puede ocasionar barreras que aumentan riesgos de aislamiento, marginación, intolerancia e incluso sufrimiento.

Por lo tanto, es necesario emplear una nueva visión que se la identificará como conciencia anti estigma, en el cual nuestra comunidad erradique el estigma que se mantiene hacia las personas con antecedentes psiquiátricos, para ello, se necesita fortalecer la educación ya que contribuye a la conciencia del no estigma por parte de los profesionales de la salud y fortalece la red de apoyo para quienes sufren a causa de este fenómeno.

De acuerdo a lo asignado, la presente tesis se ajusta al Plan Nacional del Buen Vivir, establecido en la Constitución de Montecristi- Ecuador (2008) especificando en el Eje 1: Derechos para todos durante toda la vida, alude lo siguiente “posiciona al ser humano como sujeto de derechos a largo de todo el ciclo de vida, y promueve la implementación del Régimen del Buen Vivir conllevando el reconocimiento de la condición inalterable de cada persona como titular de derechos, sin discriminación alguna”. Asimismo, esta investigación se centra en los parámetros de investigación de la carrera de Psicología Clínica, de la Facultad de Ciencias del Trabajo y del Comportamiento Humano de la Universidad Internacional SEK, tomando en cuenta a los “dispositivos de atención y prevención en problemáticas psicosociales”.

#### Diagnóstico del problema

A nivel mundial, aproximadamente un 70% de sujetos presentan algún problema de salud mental y no reciben tratamiento profesional, con la alta prevalencia se presume que 1 de cada 4 individuos poseen algún problema psíquico, lo que representa una cifra preocupante. Asimismo, dentro de los aspectos que influyen a la hora de acceder a servicios de salud mental se acompaña la falta de conocimiento sobre la enfermedad mental y los síntomas, además, la discriminación y las actitudes perjudiciales hacia las personas con problemas mentales. El estigma relacionado a la enfermedad mental atrae problemas en la salud pública porque supone una barrera en el tratamiento, además, se ve afectado todo el sistema que rodea a la persona y puede repercutir en la calidad de vida (Sánchez, 2016).

Adjunto a todo lo antes mencionado, hoy en la actualidad se comprenden ciertos aspectos que retroceden la solución de esta problemática de estudio, como es la falta de

capacitación del personal especializado en la salud, entre ellos en áreas de psicología, psiquiatría y enfermería, incluso en practicantes de las mismas ocupaciones. Igualmente, se identifica una escasa articulación en los niveles de atención y en acciones de promoción y prevención. Las campañas de sensibilización contra el estigma han sido escasas y son un llamado de alerta a todos los que conformamos la sociedad ecuatoriana (Organización Panamericana de salud, 2009).

Por lo tanto, es necesario identificar en los futuros profesionales de la salud mental si existe algún tipo de discriminación contra los pacientes con problemas de salud mental, ya que genera dificultad de integración social y en el tratamiento.

#### **1.1.1.1. Pronóstico del problema**

Con la presente investigación se desea contribuir en la mejora del trato y tratamiento de los futuros psicólogos hacia las personas con antecedentes psiquiátricos. Tomando en cuenta que las acciones sociales de estigmatización hacia el grupo de personas con enfermedad mental y las consecuencias de un pensamiento social negativo puede crear barreras que aumentan el riesgo de aislamiento, marginación, sufrimiento e incluso se puede efectuar suicidios.

Según Izquierdo y Villaverde (2015) refieren que la discapacidad mental genera limitaciones en las actividades significativas de la vida, al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua y estas son:

- Empleo protegido.
- Desempleo.
- Habilidades limitadas e historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital.
- Dificultades para mantener y establecer sistemas de apoyo.

- Necesidad de apoyo en las actividades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
- Conducta social inapropiada que determina la asistencia psiquiátrica o jurídica.

#### **1.1.1.2. Control del pronóstico**

Con relación a lo antes referido, si se logra efectuar espacios de reflexión acerca de la conciencia anti estigma hacia los pacientes con problemas de salud mental, los tratamientos se efectuarán de una manera más empática y responsable. Asimismo, en el futuro se podrá consolidar acciones de promoción y prevención que contribuyan a la inclusión de las personas con algún problema mental, basándose en el respeto, solidaridad y responsabilidad.

#### **1.1.2. Formulación del problema**

¿Qué actitudes son idóneas dentro del perfil del futuro psicólogo con relación a las personas con problemas psiquiátricos?

¿Cuál es la percepción de los estudiantes de últimos años de la carrera de psicología respecto a las personas con enfermedad mental?

#### **1.1.3. Sistematización del problema**

¿Cuáles son las actitudes esenciales que necesitan los futuros psicólogos para realizar tratamientos a personas con problemas psiquiátricos?

¿Es relevante que los futuros psicólogos tengan conocimiento y a la misma vez reflexión acerca de las actitudes estigmatizantes que se dan hacia los pacientes con problemas psiquiátricos?

#### **1.1.4. Objetivo General**

Caracterizar las actitudes estigmatizantes en estudiantes de psicología de últimos años hacia pacientes con antecedentes psiquiátricos, a través de la aplicación de un cuestionario estructurado, con la finalidad de reducir estigma en futuros profesionales.

#### **1.1.5. Objetivos Específicos**

- Aplicar el Cuestionario de Atribución (AQ-27) a estudiantes de séptimo a decimo semestre de psicología que están por terminar la carrera.
- Identificar las actitudes estigmatizantes hacia pacientes con desordenes psiquiátricos que más se presentan en los estudiantes de psicología.

#### **1.1.6. Justificación**

Al considerar, la problemática de la estigmatización sobre la enfermedad mental, se ha considerado importante realizar un análisis teórico, que posibilite espacios de reflexión acerca de la capacitación de los futuros profesionales de la salud mental, misma que puede ser percibida como un constructo difícil de comprender. Por lo expuesto, la problemática se centra en la falta de capacitación de los profesionales y practicantes de la salud mental. Este hecho puede repercutir en la adherencia del tratamiento, desmejorando la calidad de vida de los seres humanos que requieren de un tratamiento ético, empático y responsable. Sin embargo, que en los estudio de la psicología se busca mejorar

conocimientos que conlleven al desarrollo de la conciencia anti estigma hacia las personas con problemas psíquicos, integrando elementos que posibiliten delimitar la problemática de la discriminación.

Con base a lo mencionado anteriormente, conviene considerar lo que sostiene Navío (2015) respecto a que la salud pública destina sus recursos con preferencia a mejorar la salud física, omitiendo la salud mental. Por este motivo en muchos sistemas comunitarios se observa deterioro y descuido de dicho tema. Esto supone una alerta ya que 60 millones de personas en el mundo sufren con un diagnóstico psiquiátrico.

Igualmente, Mora, Natera, Bautista y Ortega (2013) advierten a que las ideas incorrectas acerca de la enfermedad mental, no solo se encuentran en la población total sino que también en los profesionales de salud. Paradójicamente las actitudes de rechazo se dan inclusive en los especialistas de la salud mental, que asocian estas enfermedades con cierto fatalismo y aún como imposibles de recuperación. Por esto piensan que no tiene sentido invertir recursos en la rehabilitación, ante el supuesto de que las personas con problemas psíquicos no tienen cura. Por otra parte, dentro de los tratamientos psíquicos puede influir el estigma y representa uno de los principales obstáculos para lograr la reinserción social. Asimismo, el estigma se asocia de acuerdo al tipo de síntomas que se trate, por ejemplo, la depresión que socialmente es más aceptada en comparación con la esquizofrenia.

Fundamentados en estos estudios se puede ver que el énfasis en la erradicación del estigma de la salud mental contribuirá en tratamientos conscientes en cuanto a la condición de cada ser humano con diagnósticos psiquiátricos. Es importante recalcar que esta propuesta ayudará a forjar bases sólidas para futuros estudios sobre progresos en la capacitación de los futuros psicólogos.

## 1.2. MARCO TEÓRICO

### **Estigma**

El presente estudio se realizó con una población de estudiantes de la carrera de psicología que están por culminar su profesión, dentro de este grupo se analizará la existencia de actitudes estigmatizantes hacia las personas con algún problema de salud mental. Antes de mostrar los resultados sobre el estigma, es significativo comprender y definir que es el estigma.

Según Goffman (1970), el término etimológico de la palabra estigma proviene del griego y reflejaba a una marca visible en el cuerpo que era hecha con hierro candente, esta práctica era realizada para castigar y advertía que el portador era un criminal, esclavo, traidor, corrupto, deshonorado, quien tenía que evitarse en lugares públicos. Después con el cristianismo el estigma se da por dos significados metafóricos: el primero, alude a los signos corporales de perturbación física; el segundo, se centra en signos corporales de la gracia divina, que se observaba con brotes en la piel.

Aludiendo a la definición clásica del estigma, el término se asocia a una condición desacreditadora y que posee características que generan desvalorización en quién lo posee. Estas características o rasgos se manifiestan en la conciencia social con un estereotipo negativo hacia el ser humano que lo posee. Por otra parte, el estigma alude no al grupo de individuos concretamente separables en dos conjuntos, normales y estigmatizados, sino que el fenómeno es un proceso social de dos roles en los que el sujeto se involucra, al menos en algunas fases de su vida y contextos distintos. De la misma

manera, los sujetos con características normales y las personas con estigma no señalan a una persona sino a perspectivas (Goffman, 1970).

Según Barrenetxea (2016) señala que autores más contemporáneos han llegado a definir que la estigmatización se genera cuando un sujeto cree poseer algún rasgo que trasmite una identidad social menos válida a consecuencia de un contexto social definido.

Por otra parte, es importante definir los componentes del estigma. Sánchez (2016) refiere que estos se integran en tres niveles de comportamiento social, que se detallaran a continuación: 1) el primer nivel, hace alusión a lo cognitivo y dentro de este se hallan los estereotipos, que son estructuras de conocimiento aprendidas por los miembros de la sociedad, definiendo así a un grupo, en el caso de los problemas de salud mental son: peligrosidad, violencia, incapacidad e imprevisibilidad. 2) el nivel emocional, en cambio es un componente donde se encuentran los prejuicios y son reacciones negativas de miedo o desconfianza ante un estereotipo. 3) el tercer nivel hace referencia a lo conductual y conlleva a la discriminación, son conductas de rechazo que ponen al estigmatizado en una situación de pérdida social, privándolo de oportunidades para lograr sus metas.

Por lo tanto, es necesario conocer los niveles del estigma descritos anteriormente, lo cual nos permitirá reflexionar acerca de cómo se desarrolla este hecho en nuestra comunidad. Además, contribuirá con este propósito el estudio de los tipos de discriminación, mismos que se agrupan de la siguiente manera:

### **Estigma público**

Según Mascayano, Lips, Mena y Manchego (2014) aseguran que se da por reacciones de la sociedad en su totalidad hacia un grupo específico minoritario, desarrollando etiquetas por ciertas cualidades que son significantes más que otras. Por ejemplo, el color de ojos de una persona puede ser un atributo que no genera estigma, en

cambio, el color de piel o el tipo de enfermedad que puede poseer un ser humano si influye en la sociedad a la hora de generar una relación.

### **Estigma familiar**

Por otra parte, según Mascayano et al. (2014) refieren la existencia de estigma hacia la familia, siendo una condición que genera devaluación social por estar asociado a una persona estigmatizada, se ha investigado diversos tipos de impacto en las familias de personas con diagnósticos psiquiátricos, como por ejemplo: alteraciones en relaciones sociales, trastornos de sueño, deterioro en la calidad de vida y bienestar. Frecuentemente existen niveles similares de aislamiento y exclusión social al igual que los pacientes con problemas de salud mental, es importante mencionar que en Latinoamérica se ha identificado que los familiares también pueden desarrollar actos de estigma y discriminación hacia sus familiares con antecedentes psiquiátricos.

### **Estigma institucional**

Es un estigma asociado a las políticas de instituciones públicas y privadas, incluyendo a este grupo a funcionarios y profesionales que ejercen en este ámbito. Existen estudios que revelan que a pesar de que las actitudes de los profesionales de la salud hacia la enfermedad mental son más positivas que las del público en general, son usuales las actitudes negativas en el diagnóstico y las supuestas limitaciones que hay en la recuperación de las personas con enfermedad psiquiátrica (Mascayano, Lips, Mena y Manchego, 2014).

Centrándonos más hacia los profesionales de la salud, según Nordt, Rossler y Lamber (2006) aseguran que los médicos psiquiatras y los practicantes de psicología son quienes presentan más actitudes estigmatizantes hacia sus pacientes, en comparación a

otros profesionales de la salud. El estigma de los profesionales hacia sus pacientes con trastornos mentales, genera barreras que influye en el tratamiento y mejora de este grupo de seres humanos.

### **Autoestigma**

Se centra en la reacción de las personas que pertenecen al grupo de estigmatizados, es decir cuando el estigma se genera contra sí mismos. El autoestigma puede darse por intermedio de profesionales, practicantes y familia. Asimismo, el auto estigma puede generar vergüenza y negación acerca de su enfermedad, a consecuencia de ideas erróneas interiorizadas que conllevan a perpetuar al estigma (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillen, 2009)

Según Ottati, Bodenhouse y Newman (como citaron Muñoz, Pérez, Crespo y Guillen, 2009) dentro de esta realidad, se asocian tres aspectos del comportamiento social, por un lado son los estereotipos, donde se hallan estructuras de conocimiento que son aprendidas en la sociedad. La segunda, alude a los prejuicios que se dan en forma de valoraciones y actitudes que desencadenan en la discriminación que son comportamientos de rechazo hacia sujetos en desventaja social.

Según Mascayano et al. (2015) el estigma hacia los diagnósticos psiquiátricos han sido estudiados a lo largo del mundo, en el caso de Latino América, la investigación científica ha sido escasa, sin embargo, algunos estudios se han desempeñado en Brasil, Argentina, Chile y México, señalan que los individuos perciben a las personas con antecedentes psiquiátricos como: impredecibles, incapaces, violentos y peligrosos.

Por otra parte, según Mendoza y Onofrio (2018) refiere que la génesis del estigma se da por aspectos emocionales, cognitivos y sociológicos que apoya a que los miembros de

una sociedad generen creencias hostiles contra la enfermedad mental y a quienes la padecen. Es preocupante que dentro del estudio científico de este fenómeno, escaseen los modelos explicativos acerca del estigma. Sin embargo, el modelo que más se ajusta a las necesidades del conocimiento respecto a este tema, es propuesto por el psicólogo norteamericano Patrick Corrigan, quien encuentra una respuesta acerca del origen del estigma dentro de la psicología social y según dicho autor el estigma empieza cuando los sujetos con problemas psiquiátricos muestran comportamientos que delatan a su padecimiento y entre ellos son:

- Conductas extrañas e inusuales
- Afecto inadecuado
- Habilidades sociales pobres
- Apariencia personal descuidada
- Efectos secundarios de la medicina psiquiátrica.

Por otro lado, según Chávez y Aguirre (2015) refiere que la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el quinto Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) son manuales diagnósticos que clasifican a más de 350 diagnósticos individuales. En base a este punto, el estigma se concentra más en las personas con diagnósticos de síntomas incapacitantes y perturbadores como:

- Espectro de la esquizofrenia.
- Consumo de sustancias.
- Trastornos del estado del ánimo como podrían ser el trastorno bipolar y el trastorno depresivo severo.

## **Enfermedad mental**

Es relevante, comprender el imaginario social actual con desconfianza y miedos hacia los enfermos mentales, es apropiado conocer la historia, posiblemente, los factores históricos expresen, en cierta forma como el desarrollo económico y las transformaciones sociales cambiaron los valores morales, fomentando el estigma (Runte, 2005).

Acercándonos a la historia de la enfermedad mental, según Acero (1997) alude que la enfermedad mental se estudió por primera vez en Grecia del siglo V (a.C). Filósofos griegos, amparando a la racionalidad como una facultad noble del ser humano, no consintieron ideas sobrenaturales y consideraron a la locura como un trauma moral.

Según Sttucchi (2013) refiere que existen episodios históricos, donde conceptos diversos acerca de la enfermedad mental se efectuaron al momento de propiciar actos discriminatorios contra las personas con antecedentes psiquiátricos.

La caza de brujas, se efectuó en la edad media y se centró en la idea mágico religioso de la enfermedad mental, imponiendo la idea de posesión diabólica para estudiar los casos de comportamientos perturbadores y extraños, la cura consistía en expulsar demonios del cuerpo, estos tratamientos eran crueles contra los supuestos poseídos. La iglesia católica influyó y condenó la creencia en brujas y la persecución de dicho grupo de seres humanos. En 1484 el Papa Inocencio VIII, promulgó la persecución de la hechicería, las supuestas poseídas eran mujeres y muchas de ellas con enfermedad mental. Dentro de los actos inhumanos decenas de miles de mujeres terminaron en la hoguera, donde se pensaba que se purificaría su alma (Stucchi, 2013).

Por otra parte, se toma en cuenta la época del encierro, según Foucault (1656) menciona que el rey Luis XIV declaró el encierro a todo ser humano que era marginal de la sociedad como: vagos, indigentes, prostitutas, menesteres y sobre todo pordioseros, se

consideraban como un grupo irracional para dicha época. En el siglo XVII se dio la visión manicomial de la enfermedad mental, donde se construyeron establecimientos para todas las personas declaradas insanas.

En el siglo XVIII, se manifiesta el pensamiento de Foucault acerca de las locas atadas por excesos de furor son encadenadas como perros a la puerta de su cuarto, separadas por un corredor con verja de hierro, se les pasa entre barrotes la comida y la paja, sobre la cual se acuestan, con rastrillos se retiran las suciedades que los rodea. (Foucault, 1964, p.110)

Dentro de Latinoamérica, en Perú, José Casimiro Ulloa en 1857, detalló acerca de las loquerías de los hospitales San Andrés y Santa Ana, donde se observaron especies de cárceles en Lima y se denominaba como casa de locos, donde los tratos eran inhumanos, los lugares deplorables. Dentro del mismo año, se permite la entrada al público al Hospital de San Andrés, donde los habitantes de Lima podían divertirse mirando a los enfermos mentales siendo objetos de mofas y curiosidad, las limosnas era parte de la costumbre de la sociedad (Stucchi, 2013).

En el siglo XVIII, con Pinel el tema de la salud mental se estudia en el campo de la medicina y los locos fueron convertidos en entes de una ciencia nueva, conceptuando a la locura como una enfermedad y no un padecimiento sobrenatural. En esta época se da el tratamiento moral, donde el trato hacia los enfermos mentales consistía en un trabajo arduo que implicaba la autoridad del terapeuta y los hábitos saludables (Runte, 2005).

Por otra parte, dentro de la historia de la enfermedad mental se encuentra la eugenesia y la degeneración, según Stucchi (2013) refiere que en el año de 1857 Bénédict Morel mencionó que la degeneración es un proceso irreversible de desviación del humano normal, que evolucionaba a través de sucesivas generaciones hasta terminar en extinción,

por lo tanto, dentro de la familia se puede dar, desde neurosis, prostitución, alcoholismo, criminalidad y psicosis, hasta llegar a la imbecilidad.

En la misma época se da la idea del mejoramiento de la raza humana o eugenesia, determinada por Galton como un saber que estudia la mejora de las cualidades naturales de una raza. Esta ideología fue adoptada como política de gobierno en distintos países. En Estados Unidos en 1896, algunos estados aprobaron leyes que prohibían el matrimonio a epilépticos y débiles mentales. Por otro lado, en el año 1927 fueron 64 mil personas esterilizadas obligadamente. En 1935 hasta 1975, en Suecia se aprobó la eugenesia para preservar la pureza nórdica y se esterilizó a 63 mil personas. En Alemania más de 400 mil sujetos fueron esterilizados y más adelante se dio el genocidio, no solo para las personas con problemas mentales, sino también a judíos, homosexuales y gitanos (Stucchi, 2013).

Otro acontecimiento dentro de la historia es la lobotomía y se da en el año 1848 con Phineas Gage, quien fue víctima de un accidente donde una barra de metal fue atravesada por su cráneo. Gage sobrevivió pero su personalidad cambió, convirtiéndose en infantil, desconsiderado y caprichoso; el caso de Gage fue un estudio dentro de las neurociencias y llevó a pensar en la posibilidad de modificar la conducta generando lesiones cerebrales artificiales (Stucchi, 2013).

Asimismo, en 1892 Gottlieb Burkhardt eliminó áreas corticales anteriores a seis personas con psicosis, dos de ellos murieron y los sobrevivientes mostraron disminución de agresividad. En 1935 en el área de neurología se desarrollaron técnicas definidas como lobotomía pre frontal y consistía en obstaculizar conexiones de la sustancia blanca de los lóbulos frontales con el sistema límbico, usando un objeto denominado leucótomo (Stucchi, 2013).

En 1945 se modificó la técnica de la lobotomía, introduciendo un leucótomo igual a un picahielos por la órbita del ojo, hasta llegar al cerebro, era una técnica rápida y se la realizaba con anestesia local en los consultorios de los tratantes. Stucchi (2013) refiere que la técnica se realizaba a personas con trastornos obsesivos compulsivos, psicóticos agresivos y depresivos severos, donde los tratamientos de electroshock e insulino terapia no causaban mejoras. Conjuntamente, la lobotomía se llegó aplicar a niños, adolescentes rebeldes y hasta disidentes políticos.

Por último, se encuentra dentro de la historia de la enfermedad mental a los hospitales y prisiones soviéticos, en 1970 y 1980, miles de disidentes políticos soviéticos, fueron llevados a hospitales psiquiátricos, por el simple hecho de dar una opinión contraria al gobierno y eran sometidos a evaluaciones psiquiátricas y además encerrados, maltratados, con falta de higiene y alimentación. Dentro de estos lugares debían compartir con personas con antecedentes psiquiátricos agresivos. Los políticos eran sometidos a electroshock, insulino terapia y les medicaban con atropina y sulfasina. Muchos de estos seres humanos desarrollaron estrés postraumático (Stucchi, 2013).

Según Runte (2005) detalla que dentro de la anti psiquiatría se encontraron autores como Espinel, Esquirol y Kraepelin, que aportaron en un trato más digno hacia los seres humanos con problemas psíquicos. Desde el siglo XX aparece el psicoanálisis, tomando en cuenta las relaciones interpersonales y los problemas subjetivos ya comienzan a ser revalorizados. El psicoanálisis deja una huella en la historia de la salud mental desde su propia constitución; aportó con nuevos conocimientos que ayudaron a que el trato humano sea mejor. Sigmund Freud sentó nuevas bases de la psicología y descubrió una zona psicológica más profunda de la mente.

## **Evolución del estudio acerca del estigma en el Ecuador**

En el libro “Salir del encierro” de Mariana Landázuri (2008) lleva a una reflexión acerca del mundo de la enfermedad mental en el Ecuador y expresa una visión realista acerca del sufrimiento y lucha por los derechos y dignidad de las personas con realidades distintas y a las cuales la sociedad estigmatizaba, rechazaba y encerraba. La historia comienza en el año 1.881 en la ciudad de Guayaquil, con el primer hospicio denominado José Vélez. Una década después se fundó en la ciudad de Quito el manicomio San Lázaro, llamado en ese entonces “el Hospicio Jesús, María y José”, este lugar acogía vagabundos, personas con lepra, prostitutas, huérfanos y enfermos mentales, es decir seres humanos con condiciones diferentes, mezclados y sufriendo en una especie de laboratorio infernal la salvación de sus almas y la reinserción al mercado laboral.

Según Landázuri (2008) refiere que los prejuicios religiosos, por parte de los que profesaban la iglesia católica incidieron en una gran influencia en cuanto al trato inhumano que recibían las personas que representaban una amenaza para la religión o fomentaban desorden social. Los primeros asilados fueron ancianos dolientes y débiles. De la misma forma, en el siglo XIX empiezan los indicios del estigma con casos de la temible lepra.

Para una mayor comprensión acerca de la enfermedad mental y su historia en el Ecuador. Landázuri (2008) describe al desarrollo de cinco épocas trascendentales en la historia de la enfermedad mental y estas son:

La primera década de 1901 a 1910, era evidente la incidencia de la pobreza en la salud mental. Se creía que a consecuencia de la conquista española, la carencia mental se daba por la falta de yodo en la alimentación de los indígenas. Dentro de la psiquiatría

aborigen en el Ecuador los padecimientos eran: epilepsia convulsiva, mal de ojo, espanto, mal de viento, mal de arcoíris. La conquista del Imperio Inca generó una psiquis andina distinta, donde el sentimiento de inferioridad fue la consecuencia. La peor parte llevaron los indios porque se quedaron sin identidad, territorio, mando y hasta sin alma, los mestizos ecuatorianos han mantenido el estigma de no ser blancos. En cuanto a la presidencia de García Moreno se nacionalizan a los hospitales y trae a la compañía de las hijas de la Caridad, las hermanas tenían poco conocimiento acerca del tratamiento de la psique sin embargo tenían una formación de enfermería francesa además fueron las primeras profesionales de esta rama en el mundo occidental. La psiquiatría no existía en ninguna facultad de medicina del país, por lo que el tema de la enfermedad mental era difícilmente comprendido y abordado. En efecto, encerraban a los locos en el manicomio. Por otra parte, la lepra era la única condición que se abordaba dentro de la medicina. En el siglo XIX, se llegan a autorizar los azotes para los que huían, asimismo, se utilizó los abscesos de fijación para controlar al enfermo agitados y consistía en inyectar en el musculo trementina y al cabo de 24 horas se generaba un absceso que producía mucho dolor privándole a la persona de caminar, días después el absceso se cortaba y se drenaban tres litros de pus (Landázuri, 2008).

En la década 1911 a 1920 residían 50 mujeres y 41 hombres algunos de ellos fueron trasladados a otro antiguo novicio jesuita en Pifo. El traslado era por la noche y en mula, a los enfermos graves los trasladaban en camilla. Por otro lado, el médico Carlos Alberto García fue nombrado el primer director del Hospicio y apareció el interés de la locura en las facultades médicas del país. Se crea la primera catedra en la Facultad de Medicina en la Universidad Central, los estudiantes aprendían acerca de los problemas de la mente impartido desde Europa y la locura comienza a ser una enfermedad en el campo científico. El Manicomio de San Lázaro acogió a todos los enfermos mentales que venían

de diferentes partes del país ya que era el único lugar en la sierra que atendía a enfermos psíquicos, no obstante, resultaba conveniente para las autoridades médicas, policiales, judiciales o familiares en deshacerse de las responsabilidades para que el Auspicio se haga cargo. En la presente década comienza la humanización y se prohíbe toda tortura, como la camisa de fuerza, además se acolchonaron las habitaciones para impedir que los pacientes se lastimen. Se ajusta en los estudiantes de medicina un nuevo lenguaje psiquiátrico donde se conocen nombres científicos refiriéndose a la locura. Los huérfanos son llevados a otro sitio, tomando en cuenta que el manicomio es elegido para atender enfermos y castigar delincuentes también son encerrados homicidas, sordos, epilépticos, paralíticos y ciegos. Existieron dos hechos significativos, el primero, considerando al tratamiento de cadáveres y entierro de los mismos en el manicomio, el segundo, alude al examen del cerebro, donde la premisa era que los problemas psíquicos conductuales se daban por una falla cerebral que la ciencia aún omitía. Julio Endara Moreano, toma la posta como nuevo director del manicomio y se desarrolla el primer congreso nacional de medicina que tomaba en cuenta el tema de la psicopatología del pensamiento (Landázuri, 2008).

La tercera década se da desde 1921 hasta 1930 y toma en cuenta a Jacinto Jijón Caamaño como director del hospicio y pone atención a las necesidades de los pacientes. Existían 300 a 500 pacientes entre ellas dementes y ancianos. En esta década se conoce a Sigmund Freud y se reconoce al inconsciente como parte de la psique, asimismo se consideran aspectos importantes del enfermo mental, el más importante hace referencia a lo que el enfermo mental juega en su propia enfermedad, que piensa de sí mismo, que capacidad de consciencia posee, que derechos se asocian a su condición o que función tiene la familia y los médicos tratantes. Asimismo, se empiezan a desarrollar historias clínicas y ya se habla en un lenguaje psiquiátrico además, se toma en cuenta los

antecedentes personales y familiares. Calderón alude que la herencia puede ser una causa primordial de los padecimientos, sin embargo, promueve medidas higiénicas para los pacientes recluidos. Por lo tanto, la psiquiatría y psicología gracias a Freud comienza a marcar su historia en el Ecuador (Landázuri, 2008).

Llega la cuarta década de 1931 a 1940, con la llegada de la inauguración del hospital “Eugenio Espejo”, en cuanto al manicomio no se percibieron avances, se siguen efectuando las historias clínicas y el abordaje psiquiátrico empieza a ser individualizado. Por otro lado, Alfonso Avilés Robalino comenzó a trabajar en el manicomio con la convicción de que los pacientes no sean institucionalizados, además comienza la cuestión de que la sociedad y los familiares deben formar parte de la recuperación. Asimismo, influyen los progresos de la psicología social para identificar problemas sociales y se investigó el biotipo indígena, es decir la fisiología mental, somática y psicopatológica. Julio Endara refiere que estudios del Test de Rorschach y Raza a los indígenas muestran una capacidad emotiva e intelectual normal. Asimismo, el psiquiatra peruano Honorario Delgado describe a dos procesos terapéuticos que se desarrollaron en el manicomio de y consta en un ataque convulsivo provocado por el Cardiazol y el llamado shock insulínico, este tratamiento se realizaba en casos de psicosis. De la misma forma, la primera persona que introduce la terapia del psicoanálisis fue Jorge Escudero Moscoso con lineamientos franceses. En la presente década, se da la Segunda Guerra Mundial y sus consecuencias empujaron al desarrollo de la asistencia psiquiátrica para los soldados afectados, aplicándoles el narcoanálisis, técnica que invadía la integridad personal ya que el paciente facilita la revelación de secretos íntimos asimismo el proceso lograba que los soldados liberen traumas a consecuencia de la guerra, por esta razón se comenzó a aplicar por los psiquiatras, incluso en el San Lázaro. La mejor noticia que mantuvo en esta década el San

Lázaro es que gracias a Fernando Casares de la Torre comienza a florecer las condiciones necesarias para que el manicomio se traslade hacia un lugar mejor (Landázuri, 2008).

La última década de esta historia se da desde 1941 hasta 1950 donde las condiciones necesarias respecto al trato, higiene y atención son revalorizadas. Escudero se convierte en un personaje influyente dentro de la historia de la enfermedad mental. Por otra parte las terapias convulsivas logran aplacar los síntomas y se logra entender que la enfermedad mental es a causa de un daño cerebral en la persona. Vera Khon, se convierte en un personaje significativo dentro de la terapia ecuatoriana ya que comienza a realizar trabajos voluntarios con los pacientes, fue la primera persona que entablo la escucha a los pacientes y vio la importancia del habla para su recuperación. Vera Khon se gradúa como la primera doctora en Psicología Clínica en la Universidad Central del Ecuador y gracias a ella y su convicción anti psiquiátrica, los pacientes fueron comprendidos y tratados como seres humanos pero hasta que la psicología sea valorada, los psiquiatras se interesaban en otros aspectos, por ejemplo Casares trae la primera máquina electrochoque y entra a la práctica en el Manicomio de San Lázaro en 1947 y es el único método que se sigue aplicando hasta hoy en día. Finalmente, en Conocoto ya se observaba el edificio, gracias a un funcionario de la década afectado por ver las condiciones inhumanas dentro del manicomio, el presidente Velazco Ibarra ordena que el manicomio sea trasladado a su nuevo lugar (Landázuri, 2008).

Ahora que ya se habló de la historia y la importancia de la misma es necesario definir que es la enfermedad mental, para la psiquiatría:

Es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo

que subyacen en su función mental. Los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (DSM, 2014, p.20).

Por otra parte dentro de la neurología “la enfermedad mental se entiende como un proceso morboso del cerebro que transforma las leyes y fenómenos psíquicos en términos que afecta a la personalidad del sujeto que lo padece. Psicosis y enfermedad son expresiones equivalentes. En cambio, no tienen este significado las palabras vulgares locura y demencia. (Silva, 1995, p.36)

Según FEAFES (2014) Hoy en día se ha llegado a la definición universal que la enfermedad mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y del pensamiento, donde se afectan procesos psicológicos básicos como son las emociones, la motivación, la cognición, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje y el lenguaje. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea algunas formas de malestar subjetivo.

Por otro parte según Nutbeam (como se citó en la OMS, 2004) ve la necesidad de conocer la importancia de la salud mental y en el siglo XX ha existido una mejor ganancia en la salud para el sistema poblacional del mundo que en cualquier otra etapa de la historia, hay mejores resultados en cuanto a los tratamientos y prevención de las enfermedades.

Según la OMS (2004) refiere que la salud mental puede mejorarse gracias a la acción colectiva de la sociedad; para que la salud mental mejore se necesitan políticas y programas dentro del sistema gubernamental y comercial, incluso tomando en cuenta a los sectores de trabajo, justicia, educación, transporte, vivienda, ambiente y asistencia social. Del mismo modo, contribuyendo con programas de prevención y tratamiento en el ámbito de la salud mental.

Es importante para la comunidad comprender que la salud mental es para todos y en especial para aquellos que pueden promover la salud mental y quienes poseen algo que ganar, incluyendo a las familias, comunidades y profesionales de la salud. En este punto se destacan las personas del gobierno encargadas de la toma de decisiones a nivel nacional y local. Además, los organismos internacionales dan fe que en todos los períodos de desarrollo económico de un país deben considerar a la importancia de la salud mental para el progreso de la comunidad (OMS, 2004).

Por otra parte, los derechos humanos en cuanto a la salud mental son inherentes a cada uno de los seres humanos, por lo que la Organización Panamericana de la Salud (2009) alude a cuatro derechos civiles, económicos, políticos y culturales y son:

- Derecho a la libertad, que se entiende como equidad, dentro de este punto la justicia es relevante para que las personas con antecedentes psiquiátricos no sean detenidos ni condenados.
- Derecho a la dignidad, son condiciones humanitarias en las que deben vivir.
- Derecho a la igualdad, que significa ofrecer todos los derechos que todos los demás ciudadanos gozan en su país.
- Derecho a la capacidad de tomar decisiones, como el derecho a tratamientos o atención médica en servicios de salud mental.

### **Cuestionario AQ-27 de actitudes estigmatizadoras**

Según Bolívar, Villanueva (2015) refiere que las personas con enfermedad mental grave tienen que hacer frente a la discapacidad y prejuicio social, con las consiguientes actitudes de rechazo que son una barrera para su integración social, incluso aumenta su sufrimiento y repercute en la calidad de vida.

Con relación a las actitudes estigmatizantes que se detallan en el cuestionario AQ-27 según Bolívar y Villanueva (2015) refieren que el estigma es una predisposición psicológica que produce un comportamiento negativo. Cuando se desarrollan las creencias o estereotipos se dan relaciones emocionales negativas, que desencadenan a los prejuicios sociales que se dan en forma de conductas, habitualmente conocidas cuando hay distancia social y provocando a la discriminación que fomenta la desventaja social.

El cuestionario fue efectuado en algunas partes del mundo como Turquía, Italia, Estados Unidos y lo más cercano al Ecuador, Venezuela.

El AQ-27 es un cuestionario diseñado por Corrigan (2012) para identificar y evaluar las creencias, actitudes y conductas estigmatizantes hacia las personas con enfermedad mental, es de carácter auto-administrativo y consta de 27 ítems que se agrupan en 9 factores, cada factor incluye 3 ítems de acuerdo a los siguientes criterios:

1. Responsabilidad (las personas son culpables o responsables de y pueden controlar su enfermedad mental).
2. Piedad (simpatía hacia las personas con problemas psiquiátricos).
3. Ira (irritabilidad hacia las personas con problemas de salud mental).
4. Peligrosidad (las personas con problemas psíquicos representan una amenaza para los demás).
5. Miedo (sentir recelo hacia las personas con trastornos mentales).
6. Ayuda (disposición a ayudar a las personas con enfermedad mental).
7. Coacción (las personas con vulnerabilidad psiquiátrica deben ser obligados a participar en tratamientos).
8. Segregación (las personas con enfermedad mental deben ser apartadas de la sociedad).

9. Evitación (evitar trabajar o vivir cerca de una persona con enfermedad psíquica).

### **1.2.1. Estado actual del conocimiento sobre el tema**

Con relación a lo antes mencionado, el Ecuador no cuenta con avances científicos sobre el tema del estigma en estudiantes de psicología hacia personas con problemas psíquicos.

Con relación a estudios internacionales, se encuentra Sánchez (2016) con la investigación denominada “Estigma en los profesionales de salud mental, con el objetivo de conocer si los profesionales de salud tienen conductas estigmatizantes hacia las personas con problemas mentales, para esto se tomó como muestra a profesionales sanitarios en contacto con personas con diagnóstico de alguna enfermedad mental. Se utilizó una base de datos disponibles en ciencias de la salud y se obtuvieron resultados que revelan creencias negativas en el personal de salud mental y más hacia personas diagnosticadas con psicosis u hospitalizadas. Asimismo, las actitudes estigmatizantes hacia las personas con problemas psíquicos varían en función del diagnóstico, el personal de enfermería posee actitudes más negativas que la población en general, las actitudes estigmatizantes se dan en función del lugar del trabajo, se encontraron actitudes positivas en los profesionales de salud sin embargo mantenían actitudes negativas a la hora de aceptar a pacientes con enfermedad mental dentro de sus círculos laborales o sociales. Se comprobó en el estudio que el cuerpo médico de la salud mental mantuvo una tendencia a sobrediagnosticar y la toma de decisiones clínicas se da por el conocimiento de los problemas mentales, inclusive en profesionales con mucha experiencia en el campo de la salud mental. Se comprobaron actitudes positivas hacia la enfermedad mental pero se probó que en relación al diagnóstico se puntuaban tratamientos más controlados y dejando menos autonomía a los pacientes.

Según Navío (2015) remite un estudio sobre la enfermedad mental y estigma con el objetivo de evaluar opiniones estereotipadas hacia personas con problemas psíquicos en una población de profesionales de la salud mental y estudiantes universitarios de educación social en la ciudad de Granada, mediante una perspectiva exploratoria con entrevistas y cuestionarios se obtuvieron los siguientes resultados: el 77.7% de los encuestados perciben que la enfermedad mental tan solo afecta a un porcentaje muy bajo de la población. Un 87% de los encuestados opinan que la enfermedad mental es una forma de retraso mental. Por otra parte el 85% de los encuestados están de acuerdo con que un sujeto con enfermedad mental posee doble personalidad. Asimismo, un 90% de los entrevistados mantienen la idea que una persona con problema psíquico tiene a ser violento, y por último, un 75% de los participantes afirman que una persona con problema psíquico no podría contribuir en el progreso de la sociedad.

### **1.2.2. Adopción de una perspectiva teórica**

Posterior a lo anunciado anteriormente, varios autores considerables aportaron para profundizar en el conocimiento de los fenómenos dentro de la sociedad. Por ello esta investigación se fundamenta desde la psicología social.

Una de las definiciones que más se aceptan entre los diversos autores en esta ciencia es la de Barra (1998) ya que la psicología social busca comprender las causas del pensamiento y conducta sociales. Esto significa que esta disciplina se interesa y analiza las condiciones que moldean las conductas, sentimientos, creencias del ser humano (Barra, 1998, p.4).

Tomando en cuenta que el estigma es un constructo social, Crocker definió que las personas estigmatizadas, tienen alguna característica o atributo que genera una identidad social despreciada dentro de los contextos sociales (Runte, 2005).

Según Marichal y Quiles (2000) alude que la representación del estigma y el rol del estigmatizado es un producto social que se ha ido desarrollando al transcurrir de la historia. Además, en cada contexto social y periodo de la historia se han identificado ciertos problemas que simbolizan a la creación de lo marginal que al comprender, se convierte en una alusión de la sociedad. Además, se analiza que dentro de la psicología social, el estigma se ajusta al modelo categorial mediante el cual se clasifican y se diferencian los distintos grupos estigmatizados, y uno de ellos se encuentran las personas con problemas psíquicos. En este sentido, se comprende a los procesos cognitivos implicados en el fenómeno de estudio.

### **1.2.3. Marco Conceptual**

- Estigma: el estigma es una característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerando como “norma” una creencia compartida, dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento preciso. (Stafford y Scott, 1986)
- Enfermedad mental: se refiere a disturbios de la mente que han sido atribuidos a fenómenos sobrenaturales (brujería, posesión), degeneraciones cerebrales, o un anómalo desarrollo psicológico, a traumas sociales o bien a un origen mixto en el que interviene una suma de factores. (Ghedin, 2012)

## **CAPÍTULO II. MÉTODO**

### **2.1. TIPO DE ESTUDIO**

Proyecto de enfoque cualitativo, tomando en cuenta que la vía para investigar no requiere mediciones numéricas. Se ajusta más bien a las encuestas, entrevistas, puntos de vista de los investigadores y descripciones. No tomando en general la prueba de hipótesis como algo necesario. Además, este estudio es principalmente utilizado en procesos sociales. (Cortés & Iglesias, 2004, p.10)

No obstante, es un estudio descriptivo, comprendiéndose como un método científico que observa y describe al objeto de estudio. Es decir que la investigación descriptiva se ajusta a la caracterización de un hecho, fenómeno, sujeto o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento (Arias, 2012). Asimismo, es una investigación de corte transversal puesto que el análisis de datos se realizó en un tiempo específico, y no se manipularon las variables del estudio.

### **2.2. MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación emplea citas bibliográficas que comprenden al análisis del tema de estudio y se ajusta a la modalidad de investigación de campo.

Esto significa que, es un estudio que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurre los fenómenos, sin manipular o controlar variable alguna, es decir, la investigación

*in situ* obtiene la información pero no altera las condiciones existenciales. De allí su carácter de investigación no experimental. (Arias, 2012, p.31)

### **2.3. MÉTODO**

El método utilizado para esta investigación es inductivo-deductivo, ya que según Tamayo (2004) refiere que es un procedimiento que analiza o estudia de lo universal a lo particular, con la finalidad de ayudar a formular nuevas hipótesis en trabajos posteriores. Además, el método seleccionado según Hernández, Fernández y Baptista (2006) aluden que nos orienta hacia un conocimiento de las situaciones únicas y particulares, buscando comprender la complejidad de los fenómenos sociales a partir de los significados que los sujetos aportan.

### **2.4. POBLACIÓN**

El presente estudio se realizó con una población de 41 personas que constituyen parte de dos Universidades reconocidas en la ciudad de Quito, la muestra se compone por estudiantes de género femenino y masculino que cursan los últimos años de la carrera de psicología. El grupo asignado para la investigación cumplía con criterios de inclusión correspondientes a ser mayores de edad, estudiantes de últimos semestres de la carrera de psicología y los criterios de exclusión al ser menores de edad, ser estudiantes de primeros semestres de la carrera de psicología y no pertenecer a una de las universidades asignadas para la investigación y análisis del fenómeno de estudio.

## **2.5. SELECCIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

Se ha considerado en este estudio al Cuestionario de Atribución AQ-27, como una herramienta con fines investigativos dentro del área de la salud. La herramienta AQ-27 fue realizada por Corrigan en Estados Unidos, con el objetivo de medir la actitud estigmatizadora y creencias hacia personas con problema psíquicos graves, es decir, evalúa constructos que explican a creencias, conductas y estereotipos hacia estos pacientes (Bolívar y Villanueva, 2017).

Según Vallecillo (2016) Los autores Corrigan, Watson, Warpinski y Gracia en el año 2004 modificaron al cuestionario y fue traducido al español por la Fundación pública Andaluz para un trabajo de integración social de personas con enfermedad mental (FAISEM) en el año 2014. Igualmente, el instrumento explica el caso de una persona de 30 años con esquizofrenia y donde se expone su sintomatología (escucha voces), así como también sus actividades cotidianas (trabaja en una empresa de abogados y vive en un departamento). Conjuntamente, se menciona que ha sido internado varias veces en un hospital psiquiátrico. El cuestionario posee 27 ítems y cada uno de ellos responde con una escala Likert de 1 a 9, la escala se compone de nueve factores o actitudes presentes dentro del estigma social y estos son: responsabilidad, piedad, ira, peligrosidad, miedo, ayuda, coacción, segregación y evitación. Cabe mencionar que la puntuación de cada factor se obtiene sumando los valores de cada ítem. Antes de sumar se debe invertir las puntuaciones de los ítems con las actitudes de ayuda y evitación, ya que están empleadas de forma inversa, es decir que cuando la puntuación sea mayor en cada factor, mayor estigma poseerá la persona con respecto a ese factor. Por último, la administración del cuestionario es de manera individual y el tiempo de duración oscila de 10 a 15 minutos.

## 2.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Según Bolívar y Villanueva (2017) El cuestionario de atribución AQ-27 posee una media de fiabilidad mediante el alfa de Cronbach, siendo el más utilizado para las ciencias sociales. Por otra parte, se expresa que los ítems (medidos en escala de tipo Likert) miden un mismo constructo y están altamente correlacionados. La consistencia interna de una escala se considera aceptable cuando esta entre 0,70 y 0,90. Se realizó un análisis de fiabilidad al cuestionario AQ-27 en estudiantes universitarios sevillanos, los resultados obtenidos mostraron que la herramienta es fiable ( $\alpha = ,865$ ).

En Italia se realizó un estudio con traducción al italiano, demostró consistencia interna aceptable, con un alfa de Cronbach de 0,82 para la escala total. Mientras que en Turquía, los coeficientes alfa e intra-clase de Cronbach se utilizó para estimar la fiabilidad de la herramienta.

Por otro lado, acercándonos más al Ecuador, investigaciones en Venezuela en el 2015, se efectuó un estudio sobre las propiedades psicométricas del cuestionario de atribución 27, donde se determinó la validez de contenido gracias a cinco jueces expertos y se encontró un coeficiente de Cronbach 0,77.

Por último, gracias a estas aportaciones dentro del estudio del estigma se puede mencionar que el cuestionario de atribución 27 fue validado tanto en su contenido como en su consistencia interna.

## 2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Definición Conceptual	Definición Operacional	Niveles de medición	Indicadores
El paciente es responsable o culpable de controlar su enfermedad mental.	Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No, en absoluto/Si, totalmente.</li> <li>- No hay control personal/Completo bajo control personal.</li> <li>- No es responsable en absoluto/Muy responsable.</li> </ul>	<p>7 o más de acuerdo. 4 a 6 ni de acuerdo ni en desacuerdo. 3 o menos en desacuerdo.</p>
Sentir simpatía por los pacientes con problemas psiquiátricos.	Piedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna en absoluto/Muchísima.</li> <li>- En absoluto/Muchísima.</li> </ul>	<p>7 o más de acuerdo. 4 a 6 ni de acuerdo ni en desacuerdo. 3 o menos en desacuerdo.</p>
Sentir cólera o irritación hacia personas vulnerablemente psíquicos.	Ira	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En absoluto/ Muchísimo.</li> </ul>	<p>7 o más de acuerdo. 4 a 6 ni de acuerdo ni en desacuerdo. 3 o menos en desacuerdo.</p>
Las personas con problemas psíquicos son una amenaza para los demás.	Peligrosidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En absoluto/ Muchísimo.</li> <li>- No en absoluto/ Si, muchísimo.</li> </ul>	<p>7 o más de acuerdo. 4 a 6 ni de acuerdo ni en desacuerdo. 3 o menos en desacuerdo.</p>
Sentir recelo hacia los pacientes con problemas psiquiátricos.	Miedo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En absoluto/ Muchísimo.</li> </ul>	<p>7 o más de acuerdo. 4 a 6 ni de acuerdo ni en desacuerdo. 3 o menos en desacuerdo.</p>
Voluntad de asistir a una persona con problemas de índole psíquica.	Ayuda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En absoluto/ Muchísimo.</li> <li>- Definitivamente, no ayudaría/ Definitivamente ayudaría.</li> </ul>	<p>7 o más de acuerdo. 4 a 6 ni de acuerdo ni en desacuerdo.</p>

		- Ninguna certeza/ Absoluta certeza.	3 o menos en desacuerdo.
Las personas con problemas mentales deben ser obligadas a participar en tratamientos.	Coerción	- En absoluto/ Muchísimo.	7 o más de acuerdo. 4 a 6 ni de acuerdo ni en desacuerdo. 3 o menos en desacuerdo.
Las personas con vulnerabilidad mental deben ser excluidas del sistema social.	Segregación	- En absoluto/ Muchísimo.	7 o más de acuerdo. 4 a 6 ni de acuerdo ni en desacuerdo. 3 o menos en desacuerdo.
Deseo de convivir cerca a alguien con problemas psíquicos.	Evitación	- En absoluto/ Muchísimo. - No es probable/ Muy probable.	7 o más de acuerdo. 4 a 6 ni de acuerdo ni en desacuerdo. 3 o menos en desacuerdo.

## **2.8. PROCESAMIENTO DE DATOS**

- Se contactó a estudiantes mayores de edad que se encuentran en los últimos años de la carrera de psicología de Universidades reconocidas en la ciudad de Quito.
- Recolección de los cuestionarios de atribución AQ-27. Desde el 12 de junio de 2019 hasta el 01 de julio de 2019. Previo a la recolección de datos, se empleó a cada colaborador un consentimiento informado, notificando de forma completa y clara el proceso de la administración del cuestionario AQ-27 y el fin académico, anexo 1.
- Continuamente, se aplicó la herramienta para conocer acerca de las actitudes estigmatizantes en el grupo de los estudiantes de últimos años, el encuentro tuvo una duración de 5 a 15 minutos.
- Se realizó una tabulación estadística con el objetivo de analizar los resultados.
- Generación de discusiones, conclusiones y recomendaciones de los objetivos y datos obtenidos.

## **CAPÍTULO III. RESULTADOS**

### **3.1. LEVANTAMIENTO DE DATOS**

La investigación se realizó desde los meses de junio del 2019 hasta julio del 2019, periodo en el cual la Universidad Internacional SEK y estudiantes de la Universidad de las Américas colaboraron para la toma de información necesaria para la presente investigación. La muestra fue obtenida en función del objetivo: analizar el estigma en estudiantes que cursan los últimos años de psicología.

El total de estudiantes de dichas Universidades, de la ciudad de Quito, en la facultad de psicología fueron un total de 41 estudiantes, los cuales fueron tomados como muestra para la investigación sobre el estigma hacia personas con problemas psíquicos.

### **3.2. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Para analizar los datos de la presente investigación, se utilizaron tres herramientas: Excel para realizar la tabulación de datos y Word para plasmar los mismos. Con la finalidad de cumplir los objetivos de la presente investigación, se analizaron las variables de tal forma que se sumaron las preguntas correspondientes a cada actitud estigmatizante y se promedió los resultados como sugiere el autor del test.



**Grafico 1. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Responsabilidad**

La mayoría (80%) de estudiantes pertenecen a la categoría “en desacuerdo” lo que, según la interpretación del cuestionario de atribución AQ27, implica que el paciente no es responsable ni culpable de su enfermedad. El porcentaje de estudiantes restante (20%) no tiene una opinión establecida, ya que pertenecen a la categoría “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, y por ende consideran que la responsabilidad es una actitud neutra.



**Grafico 2. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Piedad**

Un porcentaje alto (86%) de la muestra encaja en la categoría “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, lo que puede indicar que los estudiantes tienen una actitud indefinida acerca de simpatía hacia los pacientes con dificultades psicológicas. Por otro lado un 7% está de acuerdo en mostrar empatía y preocupación por la situación del paciente. Por último, el 7% restante está en desacuerdo con esta actitud, y por ende no desarrollan simpatía por este grupo de personas.



**Grafico 3. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Ira**

En el grafico #3 se ve que la mayoría de estudiantes (88%) tiene una actitud “en desacuerdo” ante sentir ira hacia las personas con enfermedades psiquiátricas. El 12% restante no están “ni de acuerdo ni en desacuerdo, por ende se puede interpretar que tienen una actitud neutra.



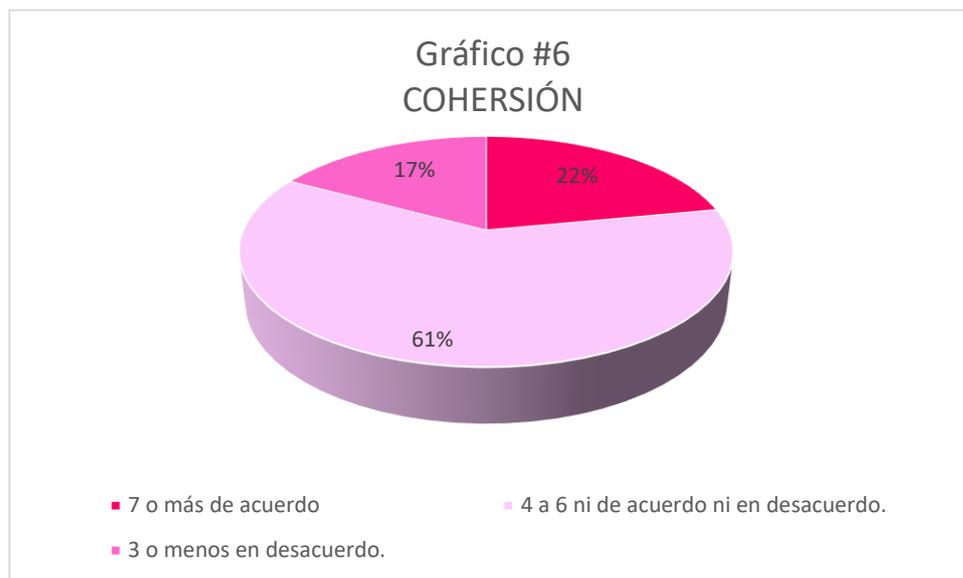
**Grafico 4. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Ayuda**

En cuanto a la actitud de “Ayuda”, se refleja un porcentaje mayoritario (85%) de estudiantes que encajan en la categoría “de acuerdo”. En este caso la escala de interpretación se invierte, por lo que se interpreta que las personas encuestadas asisten y tienen la voluntad de colaborar con personas vulnerables psicológicamente. Sin embargo, el 15% encaja en la categoría “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, reflejando una actitud neutra hacia asistir a pacientes.



**Grafico 5. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Peligrosidad**

En cuanto a la variable de peligrosidad, se identifica que el 88% de la muestra refleja estar en desacuerdo con que los pacientes psiquiátricos suponen una amenaza para la sociedad. El porcentaje restante (12%) indica no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo con esta actitud.



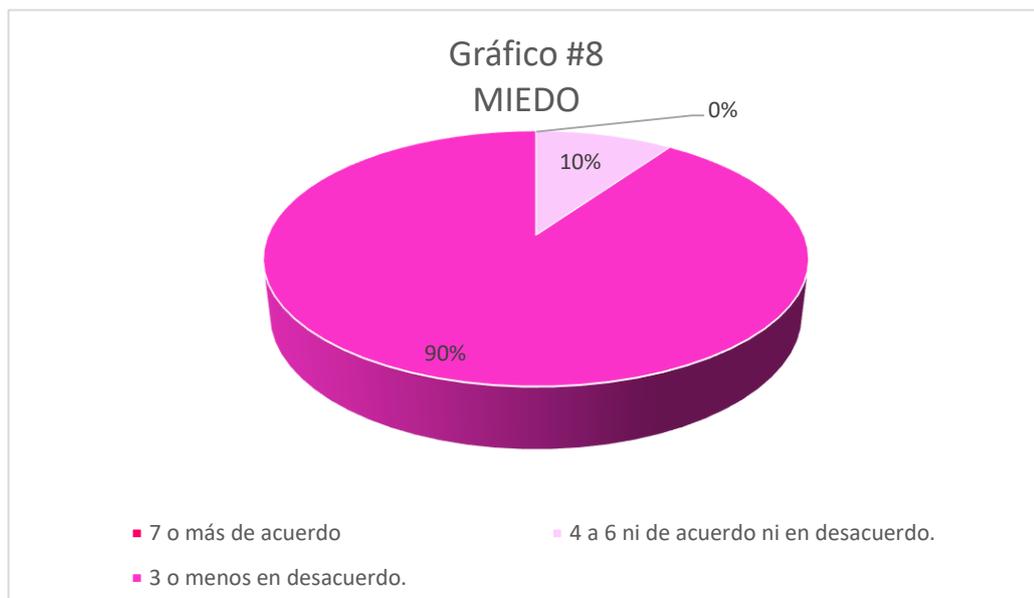
**Grafico 6. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Coerción**

La actitud de coerción hace referencia a que las personas con un problema psíquico deberían ser obligadas a seguir un tratamiento psiquiátrico/psicológico. En el caso de esta variable, la mayoría de participantes encaja en la categoría “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, lo cual refleja una actitud estigmatizante neutra. El 22% de estudiantes entran en la categoría “de acuerdo”, lo cual se puede interpretar como una actitud estigmatizante por parte de los encuestados. Por último, el 17%, está en desacuerdo con esta actitud, siendo el porcentaje con menos estigma.



**Grafico 7. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Segregación**

El gráfico #7 refleja la distribución de porcentajes de la variable Segregación, los cuales reflejan un porcentaje mayoritario de personas que encajan en la categoría “en desacuerdo”. Esta categoría implica que los estudiantes consideran que no es necesario separar a las personas, con problemas mentales, de la sociedad. El 37% restante, tienen una actitud neutra hacia la segregación de este grupo vulnerable.



**Grafico 8. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Miedo**

En cuanto a la variable miedo, un 90% de la muestra encaja dentro de la categoría “en desacuerdo”, lo cual refleja una actitud no estigmatizante hacia pacientes psiquiátricos. Esta variable se refiere a la percepción de miedo ante personas con desordenes de índole mental. El 10% restante reflejan estar ni de acuerdo ni en desacuerdo con dicha actitud.



**Gráfico 9. Porcentajes de distribución de las respuestas por categoría de la variable Evitación**

De acuerdo al cuestionario de atribución AQ27, esta variable debe ser invertida en cuanto a la interpretación de datos. Por lo tanto, el 61% que entra en la categoría “de acuerdo” no muestra una actitud estigmatizante. Al contrario, están de acuerdo con vivir, trabajar o socializar con personas psicológicamente afectadas. Por otro lado, el 37% poseen una actitud neutra en cuanto a evitar convivir con este grupo de seres humanos. Finalmente, se encuentra el 2% de estudiantes que si reflejan un nivel de estigma alto, refiriéndose a evitar el contacto con estas personas.

## CAPITULO IV. DISCUSIÓN

El objetivo, con el que se trabajó fue caracterizar e identificar las actitudes estigmatizantes, hacia pacientes con problemas psiquiátricos, por parte de estudiantes de últimos años de psicología. A lo largo de este estudio, se analizaron nueve variables, obtenidas a partir del cuestionario de atribución AQ-27. Se utilizó una escala de interpretación, para poder realizar un análisis teórico de los resultados, y, asimismo, poder realizar una comparación válida de las variables. A continuación se realizará una discusión de los datos obtenidos, los cuales se detallaron anteriormente.

En cuanto a la variable responsabilidad, se puede deducir que los estudiantes no presentan estigma hacia esta actitud, ya que el 80% está en desacuerdo con que los pacientes son responsables de su situación. Sin embargo, debido a una falta de especificidad del cuestionario, queda la duda de si esto implica que los estudiantes consideran que el paciente puede o no controlar su enfermedad. A pesar de que, con los fines de este estudio, no se considera esta actitud como estigmatizada dentro de la muestra, todavía queda el 20% que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo con este hecho. Por lo tanto, este porcentaje presenta una opinión neutra en cuanto al nivel de responsabilidad del paciente, haciendo referencia a qué tan culpable es el mismo de su enfermedad. Ningún estudiante puntuó 7 o más en esta variable, lo que indica que ningún participante presenta una actitud verdaderamente estigmatizante.

Por otro lado, se encuentra la variable piedad, la cual se refiere a qué tanta simpatía desarrolla el psicólogo hacia pacientes con vulnerabilidad psiquiátrica. Como se mencionó anteriormente, el 86% de estudiantes no tienen

una actitud definida en cuanto a esta variable, debido a que puntuaron dentro de la categoría “ni de acuerdo ni en desacuerdo”. Esto puede ser un problema grave al momento de tratar pacientes, ya que, a pesar de no mostrar niveles significativos de estigma, tampoco indica la ausencia del mismo. La falta de empatía, al momento de tratar con seres humanos, puede dificultar el proceso terapéutico, por lo cual es algo que se debería tomar en cuenta. Por otro lado, el 7% de estudiantes entró en la categoría “de acuerdo”, lo cual indica que la persona no tiene dificultad al momento de mostrar preocupación y simpatía por los problemas de este grupo vulnerable psicológicamente. Y, finalmente, se encuentra el 7% restante, que puntuó 3 o menos, demostrando un estigma al momento de generar empatía y demostrar piedad hacia el paciente.

Al contrario, en la variable ira, el 88% de estudiantes de la muestra, demostró una actitud no estigmatizante, al estar en desacuerdo con sentir irritación al momento de convivir con pacientes psiquiátricos. Esto implica que los estudiantes tienen un nivel de tolerancia alto, y no sienten malestar con la presencia o convivencia de este grupo de seres humanos. Por otra parte, el 12% no mostró una actitud definida en cuanto a sentir o no ira al interactuar con pacientes. A pesar de que esta variable se categoriza, dentro de este estudio, como no estigmatizada, hay que tomar en cuenta al porcentaje que puntuó “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, ya que se deben tomar precauciones con respecto al trato que se les da a pacientes psiquiátricos. Es relevante puntuar que ningún participante puntuó 7 o más, lo cual puede ser interpretado como la ausencia de ira o sentimiento negativos, al relacionarse con estos individuos vulnerables,

Con relación a la variable ayuda, se debe realizar una inversión en cuanto a los datos y a la escala de medición, debido a que las preguntas hacen referencia

a qué tanto se involucran los estudiantes con los problemas de pacientes. Los datos indican que, en su mayoría (85%), los estudiantes de psicología no muestran estigma a la hora de colaborar y asistir a personas con dificultades mentales. Esto, a su vez, arroja resultados relevantes para este estudio, al determinar que la ayuda es una actitud no estigmatizada dentro del perfil del estudiante. No obstante, el 15% restante encaja en la categoría “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, reflejando una actitud neutra hacia asistir a pacientes. Finalmente, al igual que en las variables anteriores, ningún estudiante puntuó menos de 3 en las preguntas que se refieren a esta variable.

Al analizar la variable peligrosidad, se denota que tampoco existe una actitud estigmatizante por parte de la muestra. Esto se obtuvo ya que el 88% de valores se encuentran en el rango 3 o menos, indicando una fuerte discordancia con que los pacientes psiquiátricos representan una amenaza significativa en la sociedad. Asimismo, este valor, siendo altamente predominante, es relevante para la presente investigación, ya que categoriza a la variable peligrosidad como no estigmatizada dentro del grupo de estudio. El resto de encuestados, puntuaron dentro de los valores 4-6, lo que los categoriza como “ni en acuerdo ni en desacuerdo”. Por lo tanto, el 12% de la muestra no se identifica como significativamente estigmatizante, lo que no implica que exista estigma.

La actitud de coerción fue la que demostró más niveles de estigma, ya que el 22% de la muestra está de acuerdo con el tratamiento obligatorio a pacientes con vulnerabilidad psíquica. Esto implica una fuerte estigmatización hacia estos individuos, ya que se los involucra en tratamientos farmacológicos, e incluso de reclusión en centros especializados en enfermedades mentales. A pesar de que en varios casos es recomendado el tratamiento, al volverse

obligatorio la persona es percibida como un ser humano incapaz de tomar decisiones propias, en cuanto a su salud. El tratamiento médico obligatorio puede tener consecuencias a largo plazo, como por ejemplo la dependencia hacia la medicación o hacia un profesional que la recete. Por otro lado, el 61% de la muestra no es ni de acuerdo ni en desacuerdo, lo que se puede considerar un punto medio en el cual no se descuida la salud mental del paciente, pero tampoco se lo fuerza a involucrarse en procesos de tratamiento. Por último, el 17% puntuó dentro de la categoría “en desacuerdo”, la cual es poco estigmatizante e implica que la persona es capaz y se toma en cuenta su voluntad, al respecto de su condición.

La variable segregación arroja resultados alarmantes acerca de la percepción que tienen los estudiantes hacia el nivel de inclusión y aceptación de pacientes dentro del círculo social. A pesar de que el 67% muestra una actitud no estigmatizante, y no está de acuerdo en segregar o excluir a esta parte de la población, todavía resta un alto porcentaje que no se encuentra en esta categoría. El 37%, es decir casi un tercio, de la muestra se encaja dentro de “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, lo cual es alarmante, porque este grupo de participantes demuestra neutralidad al momento de segregar a pacientes. Aunque este porcentaje de estudiantes no muestra una estigmatización significativa, tampoco está en desacuerdo con que los pacientes deben ser obligatoriamente hospitalizados o aislados en instituciones psiquiátricas.

Por otro lado, al analizar la variable miedo, arroja resultados concluyentes en cuanto a la ausencia de estigma. El 90% de los encuestados puntuó 3 o menos, lo que significa que están en total desacuerdo con mostrar pánico o temor a la hora de interactuar con seres humanos pertenecientes a este

grupo minoritario. Para los objetivos de este estudio, se puede interpretar a esta variable como la menos estigmatizada dentro de las nueve variables. Sin embargo el 10% restante puntuaron 4-6, lo que los ubica en la categoría “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, por lo que se debe trabajar con los estudiantes al respecto.

Por último, se analizó la variable evitación, y al igual que la variable ayuda, los resultados numéricos deben ser invertidos, para realizar una interpretación correcta. Esto se debe a que las preguntas van dirigidas al nivel de sociabilidad relacionado con el paciente. En el presente estudio, se obtuvo que el 61% de estudiantes de psicología están de acuerdo con convivir o interactuar directamente con pacientes psiquiátricos. Esto es importante, en el marco de esta investigación, ya que demuestra que los estudiantes tienen un perfil inclusivo hacia las personas con antecedentes psiquiátricos. Esto debido a que es importante incluirlos, no solo en el ámbito laboral, sino también en el social, para generar un ambiente de bienestar y responsabilidad. Sin embargo, a pesar de obtener resultados mayoritariamente significativos, hay un porcentaje (37%) que demuestra una actitud neutra en cuanto a evitación de pacientes vulnerables. Finalmente, se obtuvo un 2% de la muestra, que si refleja una actitud altamente estigmatizante y de evitación total hacia este grupo. Esto es relevante, ya que los estudiantes de psicología deberían de ser conscientes en cuanto a la inclusión social de estas personas, debido a que es una profesión que se maneja entorno al bienestar de los seres humanos.

## **4.1. CONCLUSIONES**

Al analizar los datos obtenidos, e interpretarlos según los parámetros del cuestionario de atribución AQ-27, se arrojan varias conclusiones. En primer lugar se puede deducir que la actitud más estigmatizada es la de coerción, la cual alude al tratamiento supervisado obligatorio para pacientes con problemas psíquicos. Al contrario, la actitud menos estigmatizada es la de miedo, demostrando niveles muy altos de tolerancia hacia la convivencia directa con pacientes. Es importante recalcar que, a pesar de que la mayoría de actitudes no son estigmatizantes, muchas tienen altos niveles de neutralidad al momento de responder las preguntas. Lo que implica que, aunque no existan niveles significativos de estigma, tampoco se remarca una completa ausencia del mismo. Esto puede repercutir en el trato por parte de los futuros psicólogos y en el desarrollo y evolución de la salud mental de los pacientes.

## **4.2. RECOMENDACIONES**

- Para concluir esta investigación, se recomiendan algunos cambios en la traducción del español del cuestionario de atribución AQ-27, debido a que deberían ser más comprensibles y mejor estructuradas las preguntas; ya que es una herramienta muy útil a la hora de identificar actitudes estigmatizantes dentro de la sociedad. Por otra parte se podrían obtener datos más reales si es que se realizara el cuestionario anónimo, lo cual no se realizó en esta investigación. Esta investigación propone realizar campañas y talleres acerca de la prevención y promoción de la consciencia anti-estigma. Se recomienda también, que dentro de la formación de los futuros psicólogos, se implementen materias relacionadas

a la concientización de esta problemática. Asimismo, que las instituciones académicas ofrezcan oportunidades de prácticas en servicios de salud mental con visiones comunitarias y no hospitalarias; en específico se recomienda leer el libro “Salir del Encierro” de Mariana Landázuri, que toma en cuenta la historia del estigma y la enfermedad mental en el Ecuador. Como recomendación final, se sugiere que se realicen más investigaciones alrededor del tema, para tener un conocimiento más profundo de las causas y consecuencias del estigma, ya que este fenómeno causa segregación, intolerancia e incluso sufrimiento a las personas con vulnerabilidad psíquica.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana .
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación*. Caracas : Editorial Episteme.
- Arnaiz, A., & Uriarte, J. (2006). *Estigma y enfermedad mental*. Obtenido de Estigma y enfermedad mental: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-26/049-estigma-y-enfermedad-mental.pdf>
- Barra, E. (1998). *Psicología Social*. Obtenido de Psicología Social : [http://www.sibudec.cl/ebook/UDEC\\_Psicologia\\_Social.pdf](http://www.sibudec.cl/ebook/UDEC_Psicologia_Social.pdf)
- Barrenetxea, I. (Junio de 2016). *Estigma y prejuicio de la salud mental en estudiantes de enfermería*. Obtenido de Estigma y prejuicio de la salud mental en estudiantes de enfermería: <http://eugdspace.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/412/Estigma%20y%20prejuicio%20de%20la%20salud%20mental%20en%20estudiantes%20de%20enfermer%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bolivar, E., & Villanueva, A. (2017). Validación y confiabilidad del Cuestionario AQ-27 de actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia en un Hospital General – 2015. *Scielo Perú*, 1-7.
- Bolivar, E., & Villanueva, A. (4 de Septiembre de 2017). Validación y confiabilidad del Cuestionario AQ-27 de actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia en un Hospital General 2015. *SciELO Perú*, 1-7. Obtenido de Validación y confiabilidad del Cuestionario AQ-27 de actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia en un Hospital General 2015.
- Chávez, K., & Aguirre, J. (21 de Diciembre de 2015). *Hablemos claramente: ni loca, ni fracasado. Campaña de sensibilización de la Salud Mental*. Obtenido de Hablemos claramente: ni loca, ni fracasado. Campaña de sensibilización de la Salud Mental: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4931/1/122713.pdf>
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES). (2014). *Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo*. Obtenido de Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo: Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo
- Cortés, M., & Iglesias, M. (2004). *Generalidades sobre Metodología de la Investigación*. Obtenido de Generalidades sobre Metodología de la Investigación: <http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/contenido2.pdf>
- Dávila, J., & Montilla, M. (Noviembre de 2013). *Instrucción metodológica dirigida a docentes de educación media general para la elaboración de proyectos científicos* . Obtenido de Instrucción metodológica dirigida a docentes de educación media general para la elaboración de proyectos científicos :

- [http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/38962/Davila\\_Montilva2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/38962/Davila_Montilva2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica* . Obtenido de Historia de la locura en la época clásica:  
<https://patriciolepe.files.wordpress.com/2007/06/foucault-michel-historia-de-la-locura.pdf>
- Ghedin, W. (2012). *Las enfermedades mentales* . Buenos Aires: EDICIONES LEA S.A.
- Goffman, E. (1970). *Estigma la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* . Obtenido de Metodología de la Investigación : <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Izquierdo, B., & Villaverde, M. L. (2015). *Estudio sobre el estigma asociado a la enfermedad mental*. Obtenido de Estudio sobre el estigma asociado a la enfermedad mental :  
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2191/ESTIGMA%20SOCIAL%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Landázuri, M. (2008). *Salir del encierro*. Quito: Banco Central del Ecuador Ediciones .
- Lezcano, F. (12 de Marzo de 2013). *Alumnado con enfermedad mental. La asignatura pendiente*. Obtenido de Alumnado con enfermedad mental. La asignatura pendiente:  
<https://www.raco.cat/index.php/Educacion/article/viewFile/287082/375331>
- Manuel, V. (2005). *Muestreo estadístico. Diseño y aplicaciones*. Santiago de Chile : Universitaria .
- Marichal, F., & María Nieves, Q. (2000). *La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman*. Obtenido de La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman:  
[file:///C:/Users/Ivanna%20Moreno/Downloads/art%C3%ADculo\\_redalyc\\_72712320.pdf](file:///C:/Users/Ivanna%20Moreno/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_72712320.pdf)
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., & Manchego, C. (1 de Enero de 2015). *Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones*. Obtenido de Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones:  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n1/v38n1a8.pdf>
- Ministerio de Salud Pública . (2015). *Modelo de atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*. Obtenido de Modelo de atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural.:  
<http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/4846/4/Anexo%207.pdf>

- Mora, J., Natera, G., Bautista, N., & Ortega, M. (2013). *El problema de la investigación se centra según Prieto (2002), citado por Navio (2002), “en que la salud pública ha contribuido a mejorar la enfermedad física dejando atrás el componente de salud mental, por ello, en muchas comunidades se ha experimentado.* Obtenido de El problema de la investigación se centra según Prieto (2002), citado por Navio (2002), “en que la salud pública ha contribuido a mejorar la enfermedad física dejando atrás el componente de salud mental, por ello, en muchas comunidades se ha experimentado: <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/10/Estigma-publico-y-enfermedad-mental.pdf>
- Navío, E. (2015). *Enfermedad Mental y Estigma.* Obtenido de Enfermedad Mental y Estigma : [http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/40349/NAV%CDO\\_GUILL%C9N\\_ENRIQUETA.pdf;jsessionid=605867EEA607F146D5486FD6F61E32A8?sequence=1](http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/40349/NAV%CDO_GUILL%C9N_ENRIQUETA.pdf;jsessionid=605867EEA607F146D5486FD6F61E32A8?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud Ginebra. (2004). *Promoción de la Salud Mental.* Obtenido de Promoción de la Salud Mental: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud . (2009). *Salud mental y derechos humanos .* Obtenido de Salud mental y derechos humanos : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6235/2009-ARG-salud-mental-derechos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pilar, S. M. (11 de Octubre de 2016). *Estigma en los profesionales de salud mental.* Obtenido de Estigma en los profesionales de salud mental: [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/166076/TFM\\_2015\\_S%C3%A1nchez%20CastilloM.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/166076/TFM_2015_S%C3%A1nchez%20CastilloM.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Runte, A. (2005). *Estigma y Esquizofrenia: Qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores .* Obtenido de Estigma y Esquizofrenia: Qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores : <https://hera.ugr.es/tesisugr/15750784.pdf>
- Sánchez, M. d. (11 de Octubre de 2016). *Estigma en los profesionales de Salud Mental .* Obtenido de Estigma en los profesionales de Salud Mental: [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/166076/TFM\\_2015\\_S%C3%A1nchez%20CastilloM.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/166076/TFM_2015_S%C3%A1nchez%20CastilloM.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Sanz, M. (2011). *Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental.* Obtenido de Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental: [http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS\\_7\\_esp\\_41-50.pdf](http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_7_esp_41-50.pdf)
- Silva, H. (1995). *Medicina Legal y Psiquiatría Forense.* Santiago de Chile: Editorial Jurídico de Chile.
- Tamayo, M. (2004). *Diccionario de la Investigación Científica.* México: Limusa.

Vallecillo, N. (9 de Junio de 2016). *Una aproximación psicométrica para la validación de la escala Attribution Questionnaire-27 sobre estigma social hacia las personas con enfermedad mental*. Obtenido de Una aproximación psicométrica para la validación de la escala Attribution Questionnaire-27 sobre estigma social hacia las personas con enfermedad mental:  
<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/45276/TFG%20NATIVIDAD%20VALLECILLO%20CHAVES.pdf?sequence=1>

## **ANEXO 1**

## 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 AQ-27, por parte de la Srta. Ivanna Moreno (1713247383), estudiante de la carrera de psicología, perteneciente a la Facultad de Ciencias del Trabajo y Comportamiento Humano, de la Universidad Internacional SEK, para realizar la investigación de fin de carrera, definida con el título: “El estigma hacia problemas de salud mental en estudiantes de último año de psicología”.

Manifiesto que me fue notificado de una forma completa y clara sobre el proceso de evaluación. Toda información recolectada será confidencial y con fines académicos.

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del investigador**

**Teléfono contacto:**

## CUESTIONARIO DE ATRIBUCIÓN 27 (AQ-27)

**POR FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ACERCA DE JOSÉ:**

José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Vive solo en un piso y trabaja como empleado en un importante bufete de abogados. Ha sido hospitalizado seis veces a causa de su enfermedad.

**AHORA CONTESTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE JOSÉ, RODEE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO CON LA RESPUESTA MÁS ADECUADA EN CADA PREGUNTA.**

1. Me sentiría violentado a causa de José.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

En absoluto

Muchísimo

2. Me sentiría inseguro cerca de José.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

En absoluto

Muchísimo

3. José me aterraría.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

En absoluto

Muchísimo

4. ¿En qué medida se sentiría enfadado con José?

1      2      3      4      5      6      7      8      9

En absoluto

Muchísimo

5. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le exigiría que tome su medicación.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

En absoluto

Muchísimo

6. Creo que José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

En absoluto

Muchísimo

7. Si fuera empresario, entrevistaría a José para un trabajo.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

No es probable

Muy probable

8. Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

En absoluto

Muchísimo

9. Sentiría pena por José.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Ninguna en absoluto

Muchísima

10. Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

No, en absoluto

Si, totalmente





En absoluto

Muchísima

23. En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?

1          2          3          4          5          6          7          8          9

No es responsable en absoluto

Muy responsable

24. ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?

1          2          3          4          5          6          7          8          9

En absoluto

Muchísimo

25. Si estuviera a cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso supervisado.

1          2          3          4          5          6          7          8          9

En absoluto

Muchísimo

26. Si fuera un propietario, probablemente alquilaría un departamento a José.

1          2          3          4          5          6          7          8          9

No es probable

Muy probable

27. ¿Cuánta preocupación sentiría por José?

1          2          3          4          5          6          7          8          9

Ninguno, en absoluto

Muchísima

## Cuestionario de Atribución 27 (AQ-27) Resultados

Responsabilidad = AQ10+ AQ11 +AQ23 =

Piedad = AQ9 + AQ22 + AQ27 =

Ira = AQ1 + AQ4 + AQ12 =

Peligrosidad = AQ2 + AQ13 + AQ18 =

Miedo = AQ3 + AQ19 + AQ24 =

Ayuda = AQ8 + AQ20 + AQ21 =

Coerción = AQ5 + AQ14 + AQ25 =

Segregación = AQ6 + AQ15 + AQ17=

Evitación = AQ7 invertido + AQ16 invertido + AQ26 invertido =