

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE EDUCACIÓN



TESIS DOCTORAL

El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos
ecuatorianos

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Isabel María Mora Barba

DIRIGIDA POR

María Belén Sáenz-Rico de Santiago
María del Rosario Mendoza Carretero

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE EDUCACIÓN
PROGRAMA DE DOCTORADO EN EDUCACIÓN



El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos

TESIS DOCTORAL

Presentada:

Isabel María Mora Barba

DIRECTORAS:

Dra. María Belén Sáenz-Rico de Santiago

Dra. María del Rosario Mendoza Carretero

Madrid, 2025

Agradecimientos

Al embarcarme en el desarrollo de esta tesis doctoral, son muchas las personas que de un modo u otro, han contribuido a su culminación. También deseo incluir a quienes me han inspirado a llevar a cabo este proyecto, y reflejar en este apartado mi profunda gratitud hacia todas ellas.

En primer lugar, expreso mi agradecimiento a Dios, mi fuente de apoyo e inspiración constante, quien ha puesto en todo momento el deseo ferviente de ayudar a otras personas, especialmente a quienes padecen una enfermedad mental o conviven con alguien que la sufre. Esta investigación nace del anhelo de aportar, aunque sea modestamente, al bienestar de estos grupos vulnerables.

Agradezco sinceramente a las directoras de mi tesis la Dra. Belén Sáenz-Rico de Santiago y la Dra. Ma. Rosario Mendoza. Gracias por sus orientaciones, su cercanía y paciencia a lo largo de este proceso, que ha sido tan enriquecedor como desafiante, especialmente durante la pandemia del Covid-19. Gracias a los revisores externos de mi tesis, Soledad Rappoport Redondo y Pedro Jurado de los Santos, cuyas sugerencias ayudaron a enriquecer esta obra.

El amor y el apoyo de mi familia me permitieron continuar adelante, incluso en los momentos más difíciles.

Deseo agradecer de manera muy especial a mis padres Carlos Antonio y Blanca Gloria. A mi madre, por ser mi primera maestra y por haber despertado en mí el amor por el conocimiento; como siempre dice “Debemos estudiar y aprender hasta el último día que tengamos aliento”. A mi padre, por su trabajo constante y esfuerzo silencioso para sostener mis estudios en la infancia, por el gran sacrificio que hizo en los diferentes trabajos que realizó para sostener a toda nuestra familia. A mis hermanos - Carlos, Mónica, Mery, María Paula, Rosa Elena, Blanca Estela, Eddy Roberto- por su compañía, apoyo y aliento en los momentos cruciales de esta meta.

Agradezco con todo mi corazón a mi querida Aracely, por ser un verdadero ángel en mi vida y por inspirarme a tener más compasión y amor hacia las personas y familias que enfrentan el reto de la enfermedad mental. Gracias a Gloria y Juan, por el ánimo y ayuda constante que me han dado para concluir esta investigación.

Mi gratitud se extiende a mis queridos maestros, amigos, compañeros de estudio y trabajo que han caminado a mi lado en muchas horas de aprendizaje y esfuerzo, en los diferentes países donde he vivido y estudiado. Mención especial merece mi maestra Violeta, quien logró que en su aula, me sintiera feliz, aceptada y en paz para poder dedicarme plenamente al estudio a.

Quisiera también expresar mi gratitud a todas las personas que participaron en las encuestas del estudio, por su infinita generosidad con su tiempo. A pesar de las graves y penosas dificultades que todos estábamos enfrentamos con la pandemia, mostraron una enorme generosidad al dedicar de su tiempo para participar en la investigación.

A todas estas personas maravillosas: Gracias por su apoyo, participación, paciencia, amor y generosidad. Gracias por creer, como yo, que juntos podemos ser parte de la solución en la lucha contra el estigma asociado a las enfermedades mentales.

ÍNDICE

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS	1
PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR.....	1
Agradecimientos	2
Resumen	23
Abstract	26
Primera Parte.....	29
1. Introducción: Fundamentos teóricos y contextuales del estigma hacia la enfermedad mental en Ecuador.....	30
1.1 Componentes y dimensiones del estigma social hacia la enfermedad mental.....	34
1.1.1 Estereotipos sobre la enfermedad mental	40
1.1.2 Prejuicios hacia las personas con enfermedad mental.....	46
1.1.3 Discriminación social hacia las personas con enfermedad mental.....	48
1.1.4 Dimensiones actitudinales del estigma social	52
1.1.5 Conceptualización clínica y sociocultural de la enfermedad mental	53
1.2 Evolución histórica y sociocultural del estigma hacia las personas con enfermedad mental: Análisis de concepciones, causas, tratamientos y efectos sociales.....	55
1.2.1 Edad Antigua.....	57
1.2.1.1 Explicaciones predominantes sobre la EM.....	57
1.2.1.2 Causas atribuidas y marcos interpretativos	59
1.2.1.3 Tratamientos practicados	61
1.2.1.4 Actitudes sociales y estigma	64

1.2.1.5 Instituciones y atención a la salud mental	66
1.2.1.6 Conclusión y transición	67
1.2.2 Edad Media	68
1.2.2.1 Explicaciones predominantes sobre la enfermedad mental	68
1.2.2.2 Causas atribuidas y marcos interpretativos	69
1.2.2.3 Tratamientos practicados	71
1.2.2.4 Actitudes sociales y estigma	73
1.2.2.5 Instituciones y atención a la salud mental	74
1.2.2.6 Conclusión y transición	77
1.2.3 Edad Moderna	78
1.2.3.1 Explicaciones predominantes sobre la enfermedad mental	78
1.2.3.3 Tratamientos practicados	81
1.2.3.4 Actitudes sociales y estigma	82
1.2.3.5 Instituciones y atención a la salud mental	83
1.2.3.6 Conclusión y transición	84
1.2.4 Edad Contemporánea	84
1.2.4.1 Explicaciones predominantes sobre la enfermedad mental	85
1.2.4.2 Causas atribuidas y marcos interpretativos	86
1.2.4.3 Tratamientos practicados	88
1.2.4.4 Actitudes sociales y estigma	91
1.2.4.4.1 Movimientos eugenésicos contra las personas con enfermedad mental	92
1.2.4.4.2 Lucha contra el estigma de la enfermedad mental	95
1.2.4.4.3 Legislación sobre salud mental y derechos humanos	102
1.2.4.5 Instituciones y atención a la salud mental	107
1.2.4.6 Conclusión y transición	109

1.3 Modelos teóricos del estigma social y su aplicación en el estigma de la enfermedad mental	109
.....	
1.3.1 Modelo del contacto social de Allport (1954): Reducción del estigma mediante el contacto interpersonal.....	110
1.3.2 Modelo del estigma social de Goffman (1963): La construcción social de la identidad estigmatizada	112
1.3.3 Teoría del etiquetado de la enfermedad mental de Scheff (1974): El origen sociocultural del estigma.....	117
1.3.4 Modelo de las dimensiones del estigma de Jones et al. (1984): Factores estructurales del estigma	121
1.3.5 Teoría modificada del estigma de la enfermedad mental de Link et al. (1989): Consecuencias sociales y personales del estigma hacia la EM.....	124
1.4. Revisión de estudios científicos acerca de la enfermedad mental y el estigma social: evidencia internacional aplicable a Ecuador	128
1.4.1. Inicio de las Investigaciones (1940 – 1960): Bases históricas y teóricas.....	128
1.4.2. Consolidación de estudios internacionales del estigma (1970 – actualidad): Concepciones clásicas, desarrollos contemporáneos, metodologías, hallazgos relevantes y enfoques en políticas de inclusión.	133
1.4.3 Estudios del estigma de la enfermedad mental en América Latina.....	143
1.4.3.1 Intervenciones en Latinoamérica focalizadas en el estigma de la enfermedad mental ...	151
1.4.4 El impacto de los sistemas educativos en la construcción del estigma de la enfermedad mental	153
1.4.5 Aportes cualitativos al análisis del estigma: comprensión de experiencias, significados y prácticas sociales.....	155

1.5. Contexto geopolítico, socioeconómico y cultural del Ecuador: Bases para comprender el estigma social hacia la enfermedad mental.....	161
1.5.1 Características demográficas relevantes de la población ecuatoriana.....	163
1.5.2 Indicadores económicos y accesos a los servicios sociales.....	164
1.5.3 Pobreza y desigualdad como condicionantes del estigma social.....	166
1.5.4 Influencia del contexto político en el estigma	169
1.6. Estado de la cuestión sobre el estigma social hacia la enfermedad mental en Ecuador	172
1.6.1 Panorama de la salud mental en Ecuador	173
1.6.2 Estigma y salud mental en las poblaciones indígenas	180
1.6.3 Políticas de salud mental en el país	184
1.6.4 Políticas orientadas a la reducción del estigma en Ecuador.....	187
1.6.5 Investigaciones científicas del estigma social hacia la enfermedad en Ecuador: Aportes y necesidades.....	190
<i>Segunda parte.....</i>	195
2. Introducción.....	196
2.1 Fundamentación del estudio.....	196
2.1.1 Justificación del estudio.....	196
2.1.2 Planteamiento del problema	198
2.1.3 Objetivo General.....	200
2.1.4 Objetivos específicos	201
2.1.5 Hipótesis de investigación	203
2.2 Marco teórico	204

2.3 Diseño metodológico	205
2.3.1 Tipo y diseño de investigación	206
2.3.2 Definición y operacionalización de variables	207
2.3.2.1 Relación de las variables con los objetivos de la investigación.....	215
2.3.3 Población y muestra	216
2.3.3.1 Técnica de muestreo	216
2.3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión	216
2.3.3.3 Características socio demográficas	217
2.3.4 Instrumento de recolección de datos	217
2.3.4.1 Validez y confiabilidad del instrumento.....	219
2.3.4.2 Reflexiones críticas sobre la idoneidad del instrumento	223
2.3.5 Procedimiento de recolección de datos	225
2.3.5.1 Consideraciones éticas.....	226
2.3.6 Procedimiento de análisis de datos	227
2.3.6.1 Técnicas y software para el análisis de datos	228
2.2.7 Cronograma de la investigación.....	228
 Tercera parte	 230
 3. Resultados	 231
 3.1 Fiabilidad interna del instrumento (Alfa de Cronbach)	 232
 3.2 Análisis factorial exploratorio (AFE)	 232
 3.3 Análisis descriptivo de medias y desviaciones estándar.....	 234
3.3.1 Los prejuicios (ítems 6-10)	234
3.3.2 Estereotipos (ítems 11,12, 13 y 15)	237
3.3.3 Discriminación (ítems 16,72, 18, 19 y 20).....	239

3.4 Resultados del análisis Anova	242
3.4.1. Dimensión prejuicios	242
3.4.1.1 Participantes que reportaron tener una EM.....	242
3.4.1.2 Familiares con enfermedad mental	244
3.4.1.3 Conozco a una persona próxima con EM.....	245
3.4.1.4 No conozco a nadie con enfermedad mental	247
3.4.1.5 Conozco la enfermedad mental por trabajo	248
3.4.2 Dimensión estereotipos.....	249
3.4.2.1 Participantes que reportaron tener una enfermedad mental.....	250
3.4.2.2 Familiar con enfermedad mental.....	251
3.4.2.3 Persona próxima con enfermedad mental	252
3.4.2.4 Sin contacto con personas con enfermedad mental	253
3.4.2.5 Contacto con la enfermedad mental por trabajo	255
3.4.3 Dimensión actitudes discriminatorias.....	256
3.4.3.1 Participantes que reportaron tener una EM.....	256
3.4.3.2 Familiares con enfermedad mental	258
3.4.3.3 Persona próxima con enfermedad mental	259
3.4.3.4 Sin contacto con personas con enfermedad mental	260
3.4.3.5 Conozco la enfermedad mental por trabajo	262
3.5 Análisis por hipótesis y subhipótesis: Resultados de la estadística descriptiva y cruce de variables.....	263
3.5.1 Hipótesis 1. El grado de conocimiento acerca de la EM condiciona las actitudes hacia el estigma	264
3.5.1.1 Conclusiones de la hipótesis 1.	272
3.5.1.1.1 El nivel educativo y el conocimiento sobre la enfermedad mental	272

3.5.1.1.2 Causas de la enfermedad mental.....	273
3.5.1.1.3 Percepción sobre los tratamientos de la EM.....	273
3.5.2 Subhipótesis 1.1 El estigma social puede generar prejuicios	274
3.5.2.1 Conclusiones de la Subhipótesis 1.1	278
3.5.2.1.1 Diálogo con personas con EM	278
3.5.2.1.2 Evitación social hacia individuos con enfermedades psiquiátricas	279
3.5.2.1.3 Percepciones sobre el internamiento psiquiátrico	279
3.5.2.1.4 Derecho a la paternidad.....	280
3.5.2.1.5 Educación inclusiva	280
3.5.3 Subhipótesis 1.2: Los estereotipos vinculados a las personas con enfermedad mental	280
3.5.3.1 Conclusiones de la subhipótesis 1.2.....	284
3.5.3.1.1 Inferioridad genética	285
3.5.3.1.2 Conductas impredecibles	285
3.5.3.1.3 Peligrosidad percibida	285
3.5.3.1.4 Autonomía percibida.....	285
3.5.3.1.5 Asociación con condiciones sociales marginales.....	286
3.5.4. Subhipótesis 1.3: Discriminación y exclusión social.....	286
3.5.4.1 Conclusiones de la Subhipótesis 1.3	292
3.5.4.1.1 Relaciones sentimentales.....	292
3.5.4.1.2 Tratamientos médicos obligatorios.....	292
3.5.4.1.3 Contratación laboral.....	293
3.5.4.1.4 Alquiler de viviendas	293
3.5.4.1.5 Relaciones de amistad.....	293
3.5.5 Hipótesis 2. La relación personal con individuos con enfermedad mental influye en la percepción social	294
3.5.5.1 Conclusiones de la hipótesis 2	346

3.5.5.1.1 Contacto y conocimiento sobre la enfermedad mental.....	346
3.5.5.1.2 Prejuicios y contacto	351
3.5.5.1.3 Estereotipos y contacto.....	352
3.5.5.1.4 Discriminación y contacto	354
Cuarta Parte.....	356
Discusión general del estudio	357
4.1 Conocimiento y concepciones de la EM.....	357
4.1.1 Naturaleza de la EM.....	357
4.1.2 Creencias sobre el origen.....	358
4.1.3 Percepciones sobre los tratamientos	358
4.1.4 Opiniones sobre el internamiento psiquiátrico	359
4.1.5 Dificultades en el diagnóstico	359
4.2 Prejuicios hacia las personas con EM.....	360
4.2.1 Interacciones sociales	360
4.2.2 Evitación y rechazo	360
4.2.3 Influencia del género	361
4.2.4 Educación inclusiva	361
4.2.5 El derecho de paternidad.....	362
4.3 Estereotipos asociados a la EM	362
4.3.1 Inferioridad genética percibida.....	362
4.3.2 Conductas impredecibles y peligrosidad	363
4.3.3 Autonomía y capacidad funcional.....	364
4.3.4 Asociación con la violencia, la marginalidad y la delincuencia	364
4.4 Discriminación y exclusión social.....	365

4.4.1 Relaciones afectivas.....	365
4.4.2 La obligatoriedad de los tratamientos médicos.....	366
4.4.3 Acceso a la vivienda y el empleo	366
4.4.4 Redes de apoyo social.....	366
4.5 La influencia del contacto personal en la reducción del estigma	367
4.5.1 Contacto y conocimiento de la EM	367
4.5.2 Contacto y prejuicios	370
4.5.2.1 El contacto con personas con EM y el diálogo	371
4.5.2.2 Influencia del contacto con personas con EM en cuanto al internamiento psiquiátrico..	371
4.5.2.3 El contacto con personas con EM y la evitación	372
4.5.3 Contacto y estereotipos.....	372
4.5.3.1 Contacto y la percepción de comportamiento impredecible	372
4.5.3.2 Contacto y los estereotipos de violencia y marginalidad.....	373
4.5.3.3 Contacto y los estereotipos vinculados a la delincuencia	374
4.5.3.4 Contacto y la percepción de autonomía y capacidad funcional	374
4.5.4 Contacto y las actitudes discriminatorias	375
4.5.4.1 El contacto y las relaciones afectivas	375
4.5.4.2 El contacto y la percepción de la obligatoriedad del tratamiento médico	375
4.5.4.3 El contacto y el acceso a la vivienda y al empleo	376
4.6 Discusión de los hallazgos estadísticos	377
4.6.1 Los prejuicios hacia las personas con EM	377
4.6.2 La visión estereotipada de las personas con EM	378
4.6.3 Las actitudes discriminatorias hacia las personas con EM.....	379
4.7 Discusión de los resultados mediante la prueba de Anova de Welch	380
4.7.1 Las actitudes prejuiciosas	380

4.7.2 Los estereotipos.....	382
4.7.3 Las actitudes discriminatorias.....	384
4.8 Implicaciones teóricas del estudio.....	386
4.8.1 Con la Teoría del Modelo del Contacto Social de Allport	386
4.8.2 Con el Modelo del Estigma Social (Goffman, 1963).....	387
4.8.3 Con la Teoría del Etiquetado (Scheff, 1974)	388
4.8.4 Con la Teoría del Estigma de Jones et al. (1984).....	388
4.8.5 Con la teoría del Modelo del etiquetado y los trastornos mentales (Link et al. 1989).....	389
4.9 Análisis crítico e implicaciones de los resultados en el contexto ecuatorianos	390
<i>Quinta Parte</i>	394
5.1 Principales hallazgos sobre el estigma.....	395
5.2 Efectos del contacto personal con personas con EM.....	395
5.3 La educación como factor protector.....	396
5.4 Sectores con menor estigma identificado.....	396
5.5 Sectores con mayor estigma identificado	397
5.6 Repercusiones en políticas públicas	398
5.7 Evaluación del cumplimiento de objetivos	398
Con relación a los objetivos específicos:	399
5.7.1 Actitudes estigmatizantes (prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias).....	399
5.7.2 Concepciones de la enfermedad mental, su origen y tratamientos.....	400
5.8 Aportes al campo académico	400

5.9 Sugerencias para el diseño e implementación de programas educativos, estrategias de sensibilización y políticas públicas contra el estigma	401
5.9.1 Propuestas de programas educativos y campañas comunitarias basadas en evidencia	401
5.9.2 Estrategias de contacto social significativo para humanizar la percepción de la enfermedad mental	403
5.9.3 Formación integral de profesionales de salud, educación y líderes comunitarios	404
5.9.4 Desarrollo e implementación de políticas públicas inclusivas y sostenibles	404
5.9.5 Acciones para el empoderamiento personal y la reducción del autoestigma	406
5.9.6 Futuras investigaciones	407
5.10 Relevancia práctica del estudio	407
5.11 Limitaciones	409
5.12 Recomendaciones para futuras investigaciones	410

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

EM: Enfermedad mental

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SPNF: Sector Público no financiero

PIB: Producto Interno Bruto

INEN: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

COVID-19: Corona Virus Disease 19 (Año en que fue identificada 2019)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 *¿Sabe lo que es una EM?* 264

Figura 2 <i>Percepción de la EM como Cualquier otra en función del nivel de estudios</i>	265
Figura 3 <i>Reconocimiento de la existencia de la EM en función del nivel de estudios de las personas participantes.....</i>	265
Figura 4. <i>Relación entre el género y la creencia de que la EM es una discapacidad.....</i>	266
Figura 5. <i>Causas de la EM en función de las opiniones de las personas participantes.....</i>	267
Figura 6. <i>El consumo de drogas como causa de la EM en función del género de las personas participantes.....</i>	268
Figura 7 <i>Relación entre la percepción de la EM provocada por una alteración en la biología del cerebro y el nivel de estudios de las personas participantes</i>	268
Figura 8 <i>Opiniones sobre los tratamientos más eficaces para la EM.....</i>	269
Figura 9 <i>Distribución de las opiniones de las personas participantes acerca de la duración del tratamiento de la EM.....</i>	270
Figura 10 <i>Dificultades percibidas por las personas participantes para diagnosticar la EM... ..</i>	270
Figura 11. <i>Relación del nivel de estudios y la opinión de que la EM se debe tratar solo cuando haya síntomas.....</i>	271
Figura 12. <i>Opiniones sobre la continuidad del tratamiento de la EM en Función del Nivel de Estudios de los Participantes</i>	272
Figura 13 <i>¿Me resultaría difícil hablar con alguien que tiene una EM?</i>	274
Figura 14 <i>Dificultad para entablar dialogo con personas con EM en función del género.....</i>	275
Figura 15 <i>Sería mejor para la sociedad que las personas con EM Graves estuvieran internadas en un hospital psiquiátrico.....</i>	276
Figura 16. <i>Es mejor evitar a las personas que tienen EM.....</i>	276
Figura 17. <i>Género y evitación de las personas con EM</i>	277

Figura 18 Las personas con EM pueden educarse en las mismas instituciones junto con las demás personas que no tienen estas enfermedades.....	277
Figura 19 A las personas con EM serias se les debe prohibir tener descendencia.....	278
Figura 20 Las personas con EM son genéticamente inferiores a otras personas	280
Figura 21 El comportamiento de las personas con EM es impredecible.....	281
Figura 22 Las personas con EM graves son peligrosas	282
Figura 23 Relación de la EM con la Violencia, la Mendicidad, la Delincuencia, las Personas sin Hogar, la Drogadicción y la Opinión de las Personas con una EM sobre esto.....	283
Figura 24 Las personas con EM pueden Cuidar de sí mismas.....	284
Figura 25 Opiniones acerca de tener relaciones románticas con personas que tienen EM	287
Figura 26 Opiniones acerca de si las personas con EM deben ser obligadas a un tratamiento médico o psicológico, aunque no quieran.....	287
Figura 27 La contratación laboral de las Personas con EM.....	288
Figura 28 Si fuera un arrendatario, alquilaría un departamento a una persona con EM	289
Figura 29 Relación de las personas que no conocen a nadie que tenga una EM y la disposición de alquilar viviendas a personas con EM.	290
Figura 30. Disposición a prestar ayuda a una persona con EM.....	291
Figura 31. Relación entre el género y la disposición a prestar ayuda.....	291
Figura 32 Percepción de las Personas con/sin EM que Perciben esta Patología como Cualquier Otra.	294
Figura 33. Relación entre las personas que no conocen a nadie que tenga una EM y las que sí y la creencia de que la EM es como otra enfermedad.....	295

Figura 34. <i>Relación entre la opinión de que la EM no es como las otras enfermedades y las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no.....</i>	296
Figura 35 <i>Opinión de los Participantes, con o sin EM, sobre si la EM es una Discapacidad Intelectual.....</i>	297
Figura 36 <i>Relación entre las Opiniones que no Conocen a nadie que Tenga una EM y las que sí y la Creencia de que la EM es una Discapacidad Intelectual</i>	298
Figura 37 <i>Relación entre las Opiniones de las Personas que la EM por Trabajo y las que no con la Opinión de que la EM es una Discapacidad Intelectual.....</i>	299
Figura 38. <i>Relación entre las opiniones de personas que conocen a alguien con EM y la Percepción de su Curación</i>	300
Figura 39 <i>Relación con la Opinión de las Personas que no Conocen a Nadie con una EM y las que sí y la Creencia de que la EM es Incurable.....</i>	301
Figura 40 <i>Relación entre las Opiniones de las Personas que Conoce la EM por Trabajo y las que no con la Opinión de que una Causa de EM es el Consumo de Drogas</i>	302
Figura 41 <i>Relación entre las Opiniones de las Personas que tienen una EM y las que no con la creencia de que y el Estrés como Causa de la Enfermedad.....</i>	303
Figura 42 <i>Relación entre las Opiniones de las Personas que no Conocen a Nadie con EM y el Estrés como una Causa de la Enfermedad.....</i>	304
Figura 43 <i>Relación de las Opiniones de las Personas que Conocen la EM por Trabajo y las que no con la Opinión de que el Estrés Puede Causar una EM.....</i>	304
Figura 44 <i>El Trauma Infantil es Causa de la EM.....</i>	305
Figura 45 <i>Relación entre el Contacto con Personas con EM y las que no con la Percepción de que un Trauma Infantil Podría ser una Causa de la Enfermedad.....</i>	306

- Figura 46** *Opiniones de las Personas que Conocen la EM por Trabajo y las que no y la Opinión de que una Causa de la EM es un Trauma Infantil..... 307*
- Figura 47** *Relación entre las Opiniones de las Personas que Conocen la EM por Trabajo y las que no con la Opinión de que una Causa de la EM es una Infección 308*
- Figura 48** *Relación entre las Opiniones de las Personas que no conocen a Nadie que tenga una EM y la Creencia de que una Causa de la EM es un problema en el Embarazo 309*
- Figura 49** *Relaciones de las Opiniones de las Personas que conocen la EM por Trabajo y las que no con la Opinión de que una causa de la EM es un Problema en el Parto en el Embarazo 310*
- Figura 50** *Relación entre las Opiniones de las Personas que no Conocen a una Persona con EM y las que sí con la Opinión de que una Causa de EM es una Alteración en la Biología del Cerebro..... 311*
- Figura 51** *Relación de las Opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no con la opinión de que una cura eficaz para las EM son los tratamientos con medicamentos 312*
- Figura 52** *Relación de las Opiniones de las Personas que no Conocen a Nadie que Tenga una EM y la Creencia de que Abandonar el Tratamiento de una EM Puede ser Perjudicial..... 313*
- Figura 53** *Relación entre las Opiniones de las Personas que Conocen la EM por Trabajo y la Opinión de que Abandonar el Tratamiento de una EM puede ser Perjudicial..... 314*
- Figura 54** *Relación entre las Opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no y la opinión de que la EM sólo se debe tratar cuando hay síntomas..... 315*

- Figura 55** *Relación de las Opiniones de las Personas que no Conocen a nadie que tenga una EM y las que no con la Creencia de que un Obstáculo en Diagnosticar una EM es la Dificultad para acceder al Sistema Sanitario 316*
- Figura 56** *Opiniones de las Personas que Conozco la EM por Trabajo y la Dificultad de que el Acceder al Sistema Sanitario 317*
- Figura 57** *Relación de las Opiniones de las Personas que No Conocen a nadie que Tenga una EM y las que no y la Creencia de que no Existen Herramientas para que el Médico Identifique Correctamente la EM..... 318*
- Figura 58** *Relación de las Opiniones de las Personas que Sufren una EM y las que no con la Evitación de las Personas con Enfermedades mentales 319*
- Figura 59** *Relación de las Opiniones de las Personas que Conocen la EM por trabajo y las que no con la evitación de las personas con EM..... 320*
- Figura 60** *Relación entre las Opiniones de las Personas que no Conocen a Nadie que Tenga una EM y la Dificultad para Entablar Dialogo con Personas con EM..... 321*
- Figura 61** *Relación de las Opiniones de las Personas que Conocen la EM por Trabajo y las que no y la Dificultad para Entablar Diálogo con Personas con EM..... 322*
- Figura 62** *Relación de las Opiniones de las Personas que no Conocen a Nadie que Tenga una EM y las que no y la Idea de la Necesidad de Internamiento Psiquiátrico de las Personas con EM 324*
- Figura 63** *Relación de las Opiniones de las Personas que Conocen la EM por Trabajo y las que no con la Opinión acerca del Internamiento Psiquiátrico de las Personas con EM..... 325*
- Figura 64** *Relaciones de las Opiniones de las Personas que Tienen una EM y las que no con la opinión de que las Personas con EM son Impredecibles..... 326*

- Figura 65** *Relación entre las Opiniones de las Personas que Conocen a una Persona con EM y las que no con la Opinión de que las Personas con EM son Impredecibles..... 327*
- Figura 66** *Relación entre la Opinión de las Personas que no Conocen a Nadie con EM y las que no y la Percepción de que son Impredecibles 328*
- Figura 67** *Relación de las Opiniones de las Personas que Tienen una EM y las que no con la Opinión de que las Personas con EM son Peligrosas 329*
- Figura 68** *Relación de las Opiniones de las personas con EM y las que no con respecto a la Asociación de la EM con la Violencia, la Mendicidad, la Delincuencia, las Personas sin Hogar y la Drogadicción 330*
- Figura 69** *Relación de las Opiniones de las Personas que Conocen la EM por Trabajo y las que no con la Percepción de que la EM se Relaciona con la Violencia, la Delincuencia, la Mendicidad, las Personas sin Hogar y la Drogadicción..... 331*
- Figura 70** *Relación entre las Opiniones de las Personas que Conocen la EM por trabajo y las que no con la Percepción de que la Violencia se Relaciona con la EM..... 333*
- Figura 71** *Relación entre las Opiniones de las Personas que Conocen la EM por Trabajo y las que no con la Percepción de que las Personas con EM están Relacionadas con la Delincuencia 334*
- Figura 72** *Relación de las Opiniones de las Personas que No Conocen a una Persona Próxima con EM y las que no y la opinión de que las personas con EM son impredecibles..... 335*
- Figura 73** *Relaciones de las Opiniones de las Personas que Tienen una EM y las que no y la Opinión de que las Personas con EM Pueden Cuidar de sí Mismo 336*
- Figura 74** *Relación de las Opiniones de las Personas que Sufren una EM y las que no y la Posibilidad de tener una Relación Sentimental con una Persona con EM..... 337*

Figura 75 Relación de las Opiniones de las Personas que no Conocen a Nadie que Tenga una EM y las que no y la Opinión de Tener una Relación Sentimental con una Persona con EM...	338
Figura 76 Relación de las Opiniones de las Personas que no Conocen a Nadie con EM y las que no con Relación a la Obligatoriedad del Tratamiento Médico en Pacientes con EM.....	340
Figura 77 Relación de las Opiniones de las Personas que sufren EM y las que no con la Disposición de Contratación Laboral de las Personas con EM.....	341
Figura 78 Relación de las Opiniones de las Personas que no Conocen a Nadie que Tenga un EM y las que si con la Disposición de Contratación de personas con EM	342
Figura 79 Relación de las Opiniones de las Personas que Conocen la EM por Trabajo y las que con la Disposición de la Contratación Laboral de Personas con EM.....	344
Figura 80 Relación acerca de la disposición de prestar ayuda a las personas con EM y las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no.....	345
Figura 81 Resultado del análisis Anova: Participantes que reportaron tener una EM	243
Figura 82	Error! Bookmark not defined.
Figura 83 Resultados del análisis Anova: Conozco a una persona próxima con EM.....	246
Figura 84 Resultados del análisis Anova.....	Error! Bookmark not defined.
Figura 85 Resultados del análisis Anova: Conozco la EM por trabajo	248

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de las constituciones de la República del Ecuador: 1830 - 1979.....	169
Tabla 2. Tabla de operacionalización de variables	208
Tabla 3 Información sobre la validez y fiabilidad de la encuesta según estudios previos	220
Tabla 4 Cargas factoriales y unidad de los ítems en el análisis factorial exploratorio.....	223
Tabla 5 Cronograma de la investigación	228

<i>Tabla 6 Medias y desviación estándar de la dimensión prejuicios (ítem 6-10)</i>	235
<i>Tabla 7 Medias y desviaciones estándar de los ítems sobre estereotipos (ítems 11-13 y 15)</i>	237
<i>Tabla 8 Medias y desviaciones estándar sobre la dimensión discriminación</i>	240
<i>Tabla 9 Resultados del análisis Anova: Participantes que reportaron tener una EM</i>	242
<i>Tabla 10 Tengo un familiar con EM y la dimensión de prejuicios</i>	244
<i>Tabla 11 Conozco a una persona próxima con EM y la dimensión prejuicios</i>	245
<i>Tabla 12 No conozco a nadie con EM y la dimensión prejuicios</i>	247
<i>Tabla 13 Conozco la EM por trabajo y la dimensión prejuicios</i>	248

ÍNDICE DE ANEXOS

<i>Anexo 1. Encuesta de la investigación</i>	444
<i>Anexo 2 . Cruce de las variables sexo y las variables del conocimiento de la EM</i>	448
<i>Anexo 3. Cruce de las variables conocimiento de la EM y el nivel de estudios</i>	450
<i>Anexo 4. Cruce de las variables conocimiento de la EM y la variable tengo una EM</i>	453
<i>Anexo 5. Cruce de las variables conocimiento de la EM y tengo un familiar que tiene una EM.</i>	455
<i>Anexo 6. Cruce de la variable conocimiento de la EM y conozco a una persona próxima con una EM</i>	457
<i>Anexo 7. Cruce de las variables conocimiento de la EM y no conozco a nadie que tiene una EM.</i>	459
<i>Anexo 8. Cruce de las variables conocimiento de la EM y no conozco a nadie que tiene una EM.</i>	461
<i>Anexo 9. Cruce de las variables estereotipo y sexo</i>	463

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	400
---	-----

Resumen

Introducción

La enfermedad mental (EM) conlleva graves consecuencias para la salud física, emocional y social de quienes la padecen, afectando a su vez a su entorno más cercano (familiares, amigos) y frecuentemente provocando el rechazo por parte de la sociedad. El estigma social asociado a la enfermedad mental tiende a reproducir actitudes negativas, limitando el acceso a oportunidades en el mercado laboral, el acceso a una vivienda digna, el tratamiento judicial, y la atención médica, perpetuando la desigualdad y la marginación (Link y Phelan, 2001; Stuart, 2016).

La pandemia de COVID-19 exacerbó la enfermedad mental a nivel mundial como consecuencia de la interrupción de los servicios médicos de salud mental y la falta de acceso a los tratamientos, la pérdida de familiares y amigos, la incertidumbre, el miedo al contagio o a la transmisión del virus, el aislamiento social, y las dificultades económicas (Galea et al., 2020). Es crucial sensibilizar a la población mundial sobre las secuelas del estigma social, mediante esfuerzos tanto a nivel individual, familiar y colectivo; por medio de la promoción de la educación, la empatía, la solidaridad y el respeto de los derechos de las personas que la sufren, por lo tanto, el tema adquiere una relevancia urgente.

El tema de la enfermedad mental se ha estudiado especialmente en países desarrollados desde el año 1963 (Link y Phelan, 2001). Sin embargo, estos estudios son más limitados en áreas, tal y como Latinoamérica (Mascayano et al., 2015).

Este estudio se centra en la investigación de la percepción social en una muestra de ciudadanos ecuatorianos. Este tema tiene una gran relevancia, sin embargo, en Ecuador existe una escasez de estas investigaciones, no existe hasta el momento una ley específica de salud mental, el sistema nacional de salud no cuenta con una instancia administrativa que supervise y garantice

el resguardo de los derechos humanos de pacientes con EM (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022). El estudio tiene como objetivo entender cómo se perciben a las personas con EM y las repercusiones que tienen en la vida cotidiana de las personas que sufren una EM en esta región del mundo.

Objetivos

Esta investigación queda imbricada en dos objetivos principales. Primero, identificar si existe estigma social de parte de la muestra de ciudadanos ecuatorianos hacia las personas que tienen una EM. Segundo, este estudio profundiza en las dimensiones del estigma, considerando factores como el conocimiento de la EM, los prejuicios, los estereotipos y la discriminación.

Métodos

Este estudio emplea un enfoque cuantitativo descriptivo, dado que no existen investigaciones científicas robustas sobre el estigma de la EM en el territorio ecuatoriano. Se ha empleado técnicas de estadística descriptiva y el análisis de correlación de variables, con el fin de identificar patrones, tendencias y relaciones significativas en los datos recogidos. Este enfoque permite llevar a cabo un diagnóstico inicial sobre las percepciones sociales vinculadas con la EM.

Resultados

Los hallazgos de este estudio evidencian que en la muestra estudiada existe la presencia de estigma hacia las personas con enfermedad mental, que se manifiesta por medio de un conocimiento distorsionado de la EM y actitudes discriminatorias. Sin embargo, también se detectan aspectos positivos dentro de la investigación, las personas que han tenido contacto directo

con personas que sufren una EM, muestran actitudes menos estigmatizantes, mostrando actitudes más inclusivas hacia la contratación laboral y el alquiler de viviendas a personas con EM.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio evidencian la existencia de estigma social hacia las personas con enfermedad mental (EM). Sin embargo, se observaron hallazgos positivos, el contacto social directo se muestra como un factor clave en la reducción del estigma. Este hallazgo sugiere que si bien existen prejuicios y discriminación, a la vez, existe un potencial de cambio hacia actitudes más inclusivas hacia este sector de la población ecuatoriana.

Conclusiones

Este estudio aporta una visión integral del estigma social hacia las personas que padecen EM, evidenciando tanto las actitudes estigmatizantes como las tendencias hacia una mayor inclusión social.

Los resultados obtenidos muestran la necesidad del desarrollo de estrategias anti-estigma. Este estudio puede ser una base para el diseño de intervenciones educativas y sociales que promuevan la integración y una mayor comprensión hacia las personas que tienen EM.

Palabras claves: Ecuador, estigma social, enfermedad mental, prejuicios, estereotipos, discriminación

Abstract

Introduction

Mental illness (MI) has serious consequences for the physical, emotional, and social health of those who suffer from it, also affecting their immediate environment (family, friends) and frequently leading to rejection by society. The social stigma associated with mental illness tends to reproduce negative attitudes, limiting access to opportunities in the labor market, decent housing, judicial treatment, and medical care, thus perpetuating inequality and marginalization (Link & Phelan, 2001; Stuart, 2016).

The COVID-19 pandemic exacerbated mental illness worldwide as a result of the interruption of mental health services and lack of access to treatments, the loss of family and friends, uncertainty, fear of contagion or transmitting the virus, social isolation, and economic difficulties (Galea et al., 2020). It is crucial to raise global awareness about the consequences of social stigma, through efforts at the individual, family, and collective levels; by promoting education, empathy, solidarity, and respect for the rights of those affected. Therefore, this topic acquires urgent relevance.

The issue of mental illness has been studied especially in developed countries since 1963 (Link & Phelan, 2001). However, such studies are more limited in certain areas, such as Latin America (Mascayano et al., 2015).

This study focuses on the investigation of social perception in a sample of Ecuadorian citizens. This topic is highly relevant; however, in Ecuador, there is a scarcity of such research, there is currently no specific mental health law, and the national health system lacks an administrative body to supervise and guarantee the protection of the human rights of patients with MI (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022). The objective of the study is to understand

how people with MI are perceived and the repercussions this has on the daily lives of those who suffer from MI in this region of the world.

Objectives

This research is embedded in two main objectives. First, to identify whether there is social stigma among the sample of Ecuadorian citizens towards people with MI. Second, this study delves into the dimensions of stigma, considering factors such as knowledge of MI, prejudice, stereotypes, and discrimination.

Methods

This study employs a descriptive quantitative approach, given the lack of robust scientific research on MI stigma in Ecuador.

Descriptive statistical techniques and correlation analysis of variables were used to identify patterns, trends, and significant relationships in the collected data. This approach allows for an initial diagnosis of social perceptions related to MI.

Results

The findings of this study show that there is stigma towards people with mental illness in the studied sample, manifested through distorted knowledge of MI and discriminatory attitudes. However, positive aspects were also detected in the research; people who have had direct contact with individuals suffering from MI display less stigmatizing attitudes, showing greater inclusiveness towards hiring and renting housing to people with MI.

Discussion

The results obtained in this study demonstrate the existence of social stigma towards people with mental illness (MI). However, positive findings were observed: direct social contact emerges as a key factor in reducing stigma. This finding suggests that while prejudice and discrimination

exist, there is also potential for change towards more inclusive attitudes towards this sector of the Ecuadorian population.

Conclusions

This study provides a comprehensive view of social stigma towards people with MI, highlighting both stigmatizing attitudes and trends towards greater social inclusion.

The results obtained show the need to develop anti-stigma strategies. This study can serve as a basis for designing educational and social interventions that promote integration and greater understanding of people with MI.

Keywords: Ecuador, social stigma, mental illness, prejudice, stereotypes, discrimination

Primera Parte

1. Introducción: Fundamentos teóricos y contextuales del estigma hacia la enfermedad mental en Ecuador

El marco teórico desarrollado en esta sección 1 tiene la finalidad de fundamentar y contextualizar el estudio “*El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos*”. Esta sección identifica, analiza y sintetiza los principales enfoques teóricos y hallazgos relacionados con el estigma de la EM, a nivel internacional como en el ámbito ecuatoriano.

El marco teórico tiene como fin orientar la delimitación de las variables y fundamentar la metodología empleada para responder al problema sujeto de investigación ¿Cómo percibe la muestra de ciudadanos ecuatorianos a las personas que sufren enfermedad mental?

Para el cumplimiento de los objetivos del estudio, el marco teórico analiza los siguientes temas:

Dado que uno de los objetivos del estudio es identificar los componentes del estigma social de la EM (prejuicios, estereotipos, discriminación), en el numeral 1.1 se conceptualiza el estigma social, los prejuicios, los estereotipos, la discriminación y la enfermedad mental, estableciendo las bases teóricas para comprender cómo se construye y perpetúa el estigma social hacia las personas que sufren una EM en el contexto ecuatoriano. Esto permitirá identificar y diferenciar los componentes y mecanismos del estigma.

La conceptualización clara es esencial en el presente estudio descriptivo - exploratorio, cuyo objetivo general es explorar, describir y analizar el estigma de la enfermedad mental en la muestra de ciudadanos ecuatorianos, tal como se establece en el objetivo general y los objetivos específicos del estudio.

La conceptualización clara facilitará la selección de instrumentos apropiados, así como el establecimiento de categorías de análisis para la recolección y procesamientos de datos.

El apartado 1.1 pretende no solo orientar la consecución de los objetivos, sino también proporcionar criterios operativos para el diseño metodológico y la interpretación de los resultados, asegurando que la investigación explore de manera rigurosa y fundamentada las manifestaciones y consecuencias del estigma social en el contexto ecuatoriano.

Con el fin de dar cumplimiento al objetivo de identificar los factores sociales, culturales y personales que influyen en la aparición y perpetuación del estigma desde un enfoque socio-histórico, en el numeral 1.2 se desarrolla una perspectiva histórica del estigma social asociado a la EM, con el fin de comprender su evolución, y los factores socioculturales, religiosos y políticos que han influido en su desarrollo y mantenimiento a través del tiempo. Este desarrollo no tiene como fin tener un enfoque médico ni terapéutico. En esta sección se analiza como a lo largo de la historia se ha concebido la EM en cuanto a su concepto, su origen, su tratamiento y a las reacciones sociales hacia la enfermedad y las personas que la sufren. Este análisis permitirá contextualizar cómo se construye y reproduce el estigma hacia la EM en el imaginario social a lo largo de la historia hasta nuestra época. Esta información es valiosa a la hora de entender el estigma y en el diseño de intervenciones para desmitificar los prejuicios, estereotipos y las actitudes discriminatorias hacia las personas que sufren una EM.

Con el fin de llevar acabo el objetivo del estudio esta sección tiene como propósito:

- 1) Contextualizar el estigma, los prejuicios y los estereotipos hacia la EM en la sociedad ecuatoriana.
- 2) Identificar factores socioculturales que influyen en la percepción y perpetuación del estigma en Ecuador.

3) Orientar el diseño de estrategias de intervención basadas en la evolución histórica del fenómeno al contexto ecuatoriano.

Debido a que un fin del estudio es identificar los factores sociales, culturales y personales que influyen en la aparición y mantenimiento del estigma, así como, proponer estrategias de intervención, en el apartado 1.3 se examinan los principales modelos teóricos del estigma social hacia la EM. Estos modelos explican cómo se origina y perpetúa el estigma hacia la enfermedad mental y constituye la base para el diseño de estrategias de intervención en la lucha contra el estigma, contenidos en los objetivos específicos dos y cuatro. Además, proporcionan el marco analítico necesario para interpretar los resultados de la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” y fundamentar conceptualmente el diseño de estrategias de intervención para combatir el estigma en el ámbito ecuatoriano.

Dado que uno de los objetivos de este estudio es proponer estrategias de intervención en la mejora de la percepción de las personas con EM y de su inclusión social, en la sección 1.4 se presenta una revisión de estudios científicos sobre el estigma social vinculado a la enfermedad mental, tanto a nivel internacional como latinoamericano. Este análisis tiene como finalidad contextualizar el fenómeno del estigma en la muestra de ciudadanos ecuatorianos, identificar similitudes y diferencias respecto a otras realidades socioculturales, con el fin fundamentar las propuestas de intervención, contenidas dentro de los objetivos del estudio.

Este análisis proporcionará evidencia empírica sobre las manifestaciones y las consecuencias del estigma de la EM, orientarán la formulación de propuestas efectivas para su abordaje, y justificará la relevancia y pertinencia del estudio en la lucha contra el estigma en el ámbito ecuatoriano. Así mismo, permitirá contrastar los hallazgos obtenidos en la muestra

ecuatoriana con tendencias regionales y globales, enriqueciendo la interpretación de los resultados y su aplicabilidad en el contexto ecuatoriano.

Con el fin de cumplir con el objetivo de analizar las manifestaciones del estigma de la EM en el contexto ecuatoriano, en el apartado 1.5 se analiza el entorno sociocultural en que se enmarca la investigación describiendo las características socio-demográficas, económicas y políticas del Ecuador, lo que permitirá contextualizar los hallazgos relacionados con el estigma, los prejuicios, los estereotipos y la discriminación en función a las características estructurales de Ecuador. Esto facilitará la identificación de factores de riesgo o protección vinculados al ámbito ecuatoriano, económico y político. Finalmente, este apartado pretende orientar en el diseño de estrategias de intervención adaptadas a la realidad nacional de la población ecuatoriana.

Considerando que el estudio tiene como objetivo el diseño de estrategias de intervención que puedan contribuir en la reducción del estigma, la sección 1.6 contribuye de manera fundamental al logro de los objetivos del estudio, ya que contextualizan el fenómeno del estigma de la EM en Ecuador, analiza el impacto de los factores socioculturales, económicos y políticos en la percepción, manifestación y perpetuación del estigma hacia la EM, e identifica los avances y desafíos en materia de las políticas y estrategias nacionales, permitiendo enriquecer de los resultados con las investigaciones existentes sobre el tema. Además, esta sección facilita la proposición de estrategias de acuerdo al contexto ecuatoriano.

El marco teórico desarrollado en esta investigación tiene un enfoque educativo y socio-histórico. Se centra en el estigma social como un fenómeno colectivo que afecta la vida de las personas que sufren una EM, sin asumir una perspectiva clínica ni terapéutica, orientándose en analizar las representaciones sociales que dan lugar a los prejuicios, los estereotipos y la discriminación dentro del contexto ecuatoriano.

Esta fundamentación conceptual sostiene la coherencia del enfoque exploratorio, educativo y social de la presente investigación, lo que permitirá comprender de qué maneras el estigma es una barrera para la integración de las personas que sufren EM, generando evidencia para contribuir al diseño de estrategias educativas y de sensibilización.

1.1 Componentes y dimensiones del estigma social hacia la enfermedad mental

La sección 1.1 tiene como objetivo la comprensión de los conceptos claves relacionados con el estigma social y su impacto en la vida de las personas que lo sufren con el fin de que proporcionen la base conceptual necesaria para comprender, describir y abordar el estigma de la EM en el contexto ecuatoriano, aportando información fundamental para el logro de los objetivos generales y específicos de la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos”. Este apartado aborda los conceptos principales de este fenómeno: el estigma social, los prejuicios, los estereotipos, la discriminación y la definición de lo que es una enfermedad mental.

El análisis de este tema en este capítulo ayuda a fundamentar los conceptos de los principales componentes del estigma hacia la EM (prejuicios, estereotipos, discriminación). Ayudará a visibilizar las manifestaciones multidimensionales del estigma desde una perspectiva cognitiva y conductual lo que ayudará a la comprensión precisa de este fenómeno social en la muestra estudiada de ciudadanos ecuatorianos. Finalmente, la comprensión de las dimensiones del estigma hacia la EM es relevante para el diseño de intervenciones efectivas en la lucha contra el estigma.

El estigma social en el contexto de la enfermedad mental (EM) es un tema de profunda relevancia en nuestra sociedad, por lo que abordarlo y buscar soluciones puede conducir a la

construcción de una sociedad más justa e inclusiva, pues las personas con enfermedad mental sufren prejuicios, estereotipos y discriminación.

En este capítulo se presenta la evolución conceptual del estigma social a lo largo de los años, con el fin de, conocer cómo se ha ido transformando su comprensión con relación a la EM a medida que se han desarrollado nuevas teorías y prácticas, con el fin de identificar y comprender factores subyacentes como los estereotipos, prejuicios y discriminación que rodean este fenómeno, con el fin de crear intervenciones más efectivas en cuanto a programas educativos, campañas de concienciación y cambios en las políticas públicas que mejoren la situación de estas personas.

Para ilustrar el concepto del estigma social Goffman (1963) se refiere a la Antigua Grecia, donde las personas consideradas indeseables (esclavos, traidores, criminales, etc.) eran marcadas con cortes o quemaduras en su cuerpo, y la sociedad griega evitaba el contacto con ellas, especialmente en lugares públicos. El estigma social se convierte en una etiqueta que desacredita y desvaloriza a un individuo o grupo de personas, debido a características o creencias que se oponen a las normas culturales establecidas en una sociedad (Barañano et al., 2007; Goffman, 1963; Theurer et al., 2015; Thornicroft et al., 2007), dando lugar a la discriminación y a la disminución de oportunidades en la vida de las personas afectadas (acceso a una vivienda digna, al mercado laboral, a la educación, etc.).

De acuerdo con Goffman (1963) existen tres tipos de estigma: el físico, de atribución y el tribal. El estigma físico se refiere a las deformidades físicas, las discapacidades, lo que da lugar a que la sociedad etiquete a estas personas como peligrosas, desequilibradas, lo tiene como consecuencia que estas personas tengan que enfrentarse a estas barreras sociales. El segundo, el estigma de atribución, responsabilizaba a las personas por sus diferencias y defectos percibidos de forma individual (voluntad débil, inseguridad, irresponsabilidad, etc.). Por lo tanto, estas personas son

valoradas socialmente como inaceptables por sus adicciones, su enfermedad mental, sus intentos de homicidio, etc., lo cual puede generar sentimientos de culpa y vergüenza en las personas afectadas, tratando de ajustar sus identidades sociales a lo que marca la sociedad. Este hecho puede repercutir en su interacción con los demás y despreciarse a sí mismos. El tercero, el estigma tribal, hacen referencia a la pertinencia de la persona en grupos sociales estigmatizados por su etnia, cultura o religión.

A partir de la década de los 80, se adopta una perspectiva sociológica más amplia que pone el foco en las estructuras sociales y las políticas discriminatorias. En este contexto, Jones et al. (1984) atribuyeron seis dimensiones a este fenómeno social, con el propósito de medir sus consecuencias en la vida de las personas que padecen esta enfermedad: 1. El grado de visibilidad u invisibilidad del estigma; 2. El curso y la dirección de la marca estigmatizante; 3. El nivel de disrupción causado por el estigma; 4. Las cualidades estéticas vinculadas al estigma 5. Las reacciones subjetivas frente a la falta de atractivo relacionado con el estigma; 6. El origen del estigma que puede ser congénita, intencional o accidental.

En la década de los 90, el análisis del estigma social tuvo un enfoque multidimensional, ya que incorporaba elementos adicionales como los prejuicios, los estereotipos y la discriminación. Asimismo, durante este periodo, según autores como Baronet (1999), las investigaciones comenzaron a reconocer la importancia del sistema familiar, entendiéndolo como un factor relevante en este contexto, porque desempeña un papel esencial en proporcionar apoyo emocional, ayudan en las necesidades prácticas de la enfermedad, influyen en las relaciones sociales y contribuyen a una mejor calidad de vida para la persona afectada con EM.

Posteriormente, Link y Phelan (2001) llegaron a la conclusión de que para que el estigma social se produzca tienen que combinarse cuatro componentes principales: 1. La distinción y

etiquetado de las diferencias humanas; 2. La asociación de características indeseables a las personas etiquetadas; 3. La colocación de estas personas en categorías inferiores; y 4. La discriminación ya sea individual, estructural o autoimpuesta, junto con la consiguiente pérdida de estatus, experimentadas por aquellos que son estigmatizados. Plantearon la importancia de abordar tanto la percepción de las personas estigmatizadas como el papel de los estigmatizadores en la creación y perpetuación del estigma social a través de la participación en investigaciones, la planificación y diseño de programas de prevención del estigma, la incorporación del enfoque educativo, y la formación de profesionales (Thornicroft et al., 2007).

En consecuencia, los efectos psicológicos del estigma social en personas con EM, según autores como Major y O'Brien (2005), son diversos y abarcan los siguientes aspectos:

1. Tratamiento negativo y discriminación directa: Este fenómeno impacta no solo en el estatus social de las personas estigmatizadas, sino también en su bienestar psicológico y su salud física.

2. Proceso de expectativas confirmadas: Las percepciones estigmatizadoras pueden llevar a que las expectativas negativas se cumplan, afectando así el comportamiento y la autoimagen de los individuos.

3. Activación automática de la conducta estereotipada: La presencia del estigma puede provocar la adopción automática de comportamientos estereotipados, perjudicando el rendimiento entre los grupos estigmatizados.

4. Estigma como amenaza a la identidad social: Cuando un individuo evalúa las demandas impuestas por el estigma como potencialmente dañinas para su identidad social, este fenómeno se convierte en una amenaza significativa.

Major y O'Brien (2005) también destacan que la percepción de pertenencia a un grupo se basa en ciertas características individuales. En este contexto, el prejuicio juega un papel crucial, donde

las percepciones negativas se expresan con frecuencia de manera extrema, dando paso a la discriminación. Las comunidades y sociedades, como observadores, recurren a la exclusión, la evasión y el castigo. Sin embargo, el estigma trasciende la mera acumulación de estas partes. Desde su definición, conlleva una marca interna de profunda degradación del individuo, pues los perceptores reconocen una diferencia que los señala como miembros de un grupo excluido, una devaluación intensa de una característica propia, donde la persona con EM se percibe como defectuosa.

Esto se ve complementado por la profecía autocumplida, donde las expectativas sobre el comportamiento de las personas estigmatizadas se convierten en una dinámica disfuncional, dando lugar a encuentros negativos con la sociedad. Estos elementos contribuyen a la compleja mecánica del estigma social asociado a la EM, donde las percepciones, prejuicios y discriminación se entrelazan, afectando la experiencia de quienes enfrentan esta enfermedad (Baird et al., 2006).

Paton (2018) propone un enfoque que amplía las perspectivas tradicionales sobre las causas del estigma social al analizar las estructuras de poder y los intereses de clase que han sido pasados por alto en los estudios convencionales. Este planteamiento dirige la atención hacia las dimensiones económicas y políticas, considerando las ganancias y motivaciones que están intrínsecamente vinculadas al fenómeno del estigma social. Los resultados del estudio demuestran cómo se produce una retirada simultánea del apoyo social a las personas más vulnerables. En consecuencia, se transfiere la riqueza del sector público a los sectores privados y la carga de la deuda del estado al individuo, lo que beneficia a muchos grupos de poder.

En la misma línea de Paton (2018), Slater y Tyler (2018) consideran que el estigma social está influenciado por intereses de lucro, procesos políticos, alianzas público-privadas y prácticas gubernamentales que producen situaciones de opresión y explotación de la población vulnerable,

evidenciando que las políticas y economías gubernamentales están activamente implicadas en la producción de depresión, ansiedad y estrés crónico mediante los recortes sociales.

Asimismo, la investigación de Scambler (2018) añade una dimensión adicional al señalar que el estigma social es parte integral de un mecanismo macroeconómico vinculado al capitalismo financiero. Este mecanismo está influenciado por las dinámicas de clase y poder, perpetuando así el estigma y la discriminación. Además, este autor identifica el neoliberalismo como impulsor de una cultura que reduce la empatía y la compasión hacia los demás, debilitando la solidaridad social y el compromiso hacia las personas más vulnerables. A pesar de las afirmaciones de los defensores del neoliberalismo sobre sus beneficios para la población en general, este estudio sugiere que las promesas de esta corriente rara vez se cumplen para el pueblo.

De igual modo, en el contexto latinoamericano, el neoliberalismo ha sido señalado como la principal causa de pobreza, desigualdad, y del desmantelamiento del estado del bienestar. Los grupos con poder económico utilizan la estigmatización como un arma, una marca, haciendo personalmente culpables a las personas con enfermedades o discapacidades por sus propios impedimentos (Hoffman y Centeno, 2003).

Investigaciones recientes, como la de Balogun-Mwangi et al. (2023) informan que la estigmatización puede presentar múltiples dimensiones hacia ciertos grupos de población como, por ejemplo, las personas adultas de raza negra que sufren de EM graves. Estas personas se enfrentan a una amplia gama de prejuicios y discriminación en el lugar de trabajo. Por esta razón, los resultados tienen enormes implicaciones, ya que el reconocimiento de estas dimensiones múltiples es esencial para desarrollar estrategias efectivas que aborden no solo la estigmatización vinculada a la salud mental en general, sino también aquella que está entrelazada con factores socioculturales específicos, como la raza.

En la estigmatización social, los estereotipos y los prejuicios conducen a la discriminación. Los prejuicios surgen cuando se acepta y se respalda un estereotipo, lo que provoca una reacción emocional negativa (por ejemplo, sentir miedo de alguien debido a una EM). La discriminación se manifiesta a través de actuaciones concretas que limitan los derechos y oportunidades de las personas debido a su pertenencia a un grupo específico (por ejemplo, evitar contratar a alguien con EM por considerarla peligrosa). El estigma, a menudo basado en conceptos equivocados, puede alimentar este comportamiento discriminatorio. Es importante destacar que los estereotipos no siempre son dañinos por sí mismos, pero cuando se convierten en prejuicios arraigados y conducen a la discriminación, pueden causar consecuencias negativas y perpetuar la desigualdad en la sociedad (Moloney, 2021).

En el marco de este análisis, exploraremos detenidamente la naturaleza de los estereotipos y su profunda influencia en el complejo proceso de estigmatización experimentado por las personas con EM.

1.1.1 Estereotipos sobre la enfermedad mental

Autores como Morris y Maisto (2001) definen el estereotipo como un conjunto de características negativas comunes, predichas y compartidas por la mayoría de los individuos que pertenecen a una categoría social específica. Estos esquemas, arraigados en tipologías como género, raza, ocupación, apariencia física, lugar de residencia y afiliación a grupos u organizaciones, representan una simplificación cognitiva del mundo al predecir y generalizar características para quienes forman parte de dichas categorías. En este proceso se pierden de vista las singularidades individuales, dando lugar a una percepción social distorsionada que subestima la diversidad dentro de los grupos y contribuye a la simplificación excesiva del mundo social. Esta simplificación cognitiva, como sugieren los autores, puede tener implicaciones significativas en la

manera en que las personas interactúan y comprenden a quienes pertenecen a distintas categorías sociales.

Corrigan y Watson (2002) complementan esta perspectiva al destacar que los estereotipos no solo sirven como representaciones simplificadas de características grupales, sino que también actúan como estructuras de conocimiento social altamente eficientes, aprendidas y compartidas de manera generalizada en la sociedad. Esta eficacia en la transmisión y asimilación de los estereotipos, como señalan los autores, contribuye a su arraigo en la conciencia colectiva, ejerciendo una influencia fundamental en cómo las personas perciben y responden a los demás en su entorno social. La conexión entre la conceptualización de Morris y Maisto (2001) y la perspectiva de Corrigan y Watson (2002) resalta la profundidad de la influencia de los estereotipos en la cognición social y subraya la importancia de abordar críticamente estos esquemas para fomentar una comprensión más precisa y matizada de la diversidad humana.

Siguiendo la línea de análisis sobre los estereotipos y su papel en la percepción social, Fernández (2003) amplía la comprensión del estereotipo al definirlos como creencias, más o menos estructuradas, que los individuos albergan en su mente sobre un grupo social específico. Estas concepciones son esencialmente las “características de”, “atribuidas a” o creencias asociadas con determinados grupos, lo que implica una simplificación y generalización que, como señalaron Morris y Maisto (2001), puede influir en la distorsión de la percepción social y la pérdida de apreciación de las singularidades individuales.

De la misma manera, Uña y Hernández (2004) identifican, de forma más detallada, distintas características fundamentales de estos esquemas cognitivos:

1. El sobrentendido crítico: Los estereotipos se sustentan en conceptos tácitos que, al ser cuestionados o criticados, generan respuestas defensivas por parte del grupo asociado. Este

fenómeno destaca la arraigada naturaleza de los estereotipos en la identidad grupal y cómo la contestación se convierte en una defensa frente a posibles amenazas a la percepción establecida.

2. Tipologías no reales: Estos esquemas son, por su propia naturaleza, tipologías exageradas que carecen de una correspondencia precisa con la realidad. La generalización acentuada que caracteriza a los estereotipos, como se señaló anteriormente, omite las variaciones y situaciones individuales, simplificando en exceso la diversidad presente en los grupos sociales.

3. Difusión y circulación: Una vez adquiridos, los estereotipos se propagan y circulan en la sociedad. Este proceso de difusión contribuye a su arraigo y a su influencia en la percepción colectiva. Este aspecto conecta con la idea de Morris y Maisto (2001) sobre la eficiencia en la transmisión de estos esquemas y su capacidad para ser compartidos de manera generalizada.

4. Durabilidad y resistencia a nuevas concepciones: Los estereotipos creados tienden a ser duraderos y, a menudo, muestran resistencia a la incorporación de nuevas concepciones. La identificación de estas características proporciona un marco más completo para comprender la dinámica de los estereotipos y su impacto en la construcción del estigma y la percepción social.

La influencia de los estereotipos en nuestra percepción del mundo circundante se manifiesta a través de su capacidad para simplificar, exagerar y generalizar, lo que, como señala Gamarnik (2009), puede resultar en una distorsión de la realidad. Estos esquemas cognitivos, como se ha discutido anteriormente, no solo simplifican, sino que también exageran ciertos atributos y comportamientos asociados con categorías como género, etnia, ocupación y apariencia física.

Particularmente, la formación de estereotipos está vinculada a prejuicios arraigados en grupos con poder en la sociedad. Estas creencias preconcebidas se aceptan y propagan como verdades válidas ante supuestas amenazas, lo cual, como se ha explorado, puede desencadenar situaciones de discriminación. Un ejemplo de ello respondería a la creencia infundada de que los

inmigrantes quitan empleos o que ciertos grupos étnicos están vinculados a comportamientos negativos (Gamarnik, 2009).

Como consecuencia, estos prejuicios tienen la capacidad de arraigarse a través de experiencias personales, el proceso educativo y la influencia de los medios de comunicación, ejerciendo así una influencia significativa en la percepción individual de los demás (Barañano et al., 2007). Esta influencia profundamente internalizada actúa de forma inconsciente en los entornos sociales, ya que las personas suelen categorizar rápidamente a los demás. Esta automatización, a su vez, intensifica el impacto negativo de los estereotipos en las relaciones sociales, destacando la complejidad de modificar estas percepciones una vez que se han formado y arraigado en la mente de las personas. Este fenómeno resalta la importancia de abordar críticamente la formación de estereotipos desde diversas fuentes para fomentar una comprensión más precisa y equitativa en las interacciones sociales.

Beeghly (2015) cuestiona la hipótesis epistémica y moral de los estereotipos. En cuanto a la primera, indica que son nocivos porque distorsionan la comprensión de los individuos y de los grupos. Con relación a la segunda, argumenta que pueden ser perjudiciales al perpetuar la discriminación y la desigualdad. Además, recalca la necesidad de generar conciencia sobre las repercusiones del estigma social y las prácticas discriminatorias, al tiempo que aboga por un esfuerzo conjunto para erradicarlas y promover una sociedad más justa e igualitaria.

Después de analizar los estereotipos sociales de manera general, resulta imperativo dirigir nuestra atención a un ámbito específico donde estas construcciones sociales tienen un gran impacto: las enfermedades mentales. Estos estereotipos desempeñan un papel fundamental en la percepción y estigmatización de las condiciones psicológicas. Al sumergirnos en este análisis más específico, exploraremos cómo estas representaciones influyen en percepciones equivocadas y

contribuyen al estigma que rodea a aquellos que enfrentan desafíos de salud mental. Esta conexión es crucial para comprender la complejidad de los estereotipos en el contexto de la EM.

En el contexto de las personas con EM, el mito más pernicioso es la asociación que se hace de un paciente psiquiátrico con la peligrosidad de la persona. En muchos programas de televisión se hace esta vinculación, lo que perpetúa el mito de que si alguien tiene esta patología es una amenaza. Estos estereotipos también se encuentran en las noticias sensacionalistas de la prensa. Lo interesante es que los reporteros no están interesados en abordar las fallas del sistema de salud mental que a menudo permite que estos pacientes estén sin tratamiento por largos períodos de tiempo y frecuentemente son forzados a dejar el hospital (Fink y Tasman, 1992).

Los estereotipos, arraigados en el conocimiento general de la sociedad, de acuerdo a Brea y Gil (2016), actúan como estructuras que fundamentan creencias sobre grupos específicos, como aquellos que enfrentan EM. Aunque el conocimiento de estos estereotipos no garantiza su aceptación, su aplicación genera prejuicios sociales, desencadenando reacciones emocionales negativas que conducen a la discriminación efectiva. En el contexto de la salud mental, especialmente en sociedades occidentales, los estereotipos asociados a personas con trastornos mentales incluyen percepciones de peligrosidad, comportamiento violento, falta de responsabilidad en el tratamiento de la enfermedad, pérdida de control, carácter débil e impredecible, así como incompetencia en tareas básicas. La activación de estos estereotipos provoca reacciones de miedo y desconfianza, dando lugar a diversas formas de discriminación.

Las consecuencias de este fenómeno social son el acceso al empleo, la vivienda independiente, acceso a los servicios de salud y judiciales, así como el establecimiento de relaciones sociales.

Los resultados del estudio de Rodríguez y Suárez (2020) comprobaron que las personas del sexo masculino eran las que más estigmatizaban y más estereotipos tenían. Los investigadores de este estudio sugieren reforzar programas para el sexo masculino y favorecer la formación combinada que permita compartir experiencias con personas afectadas. En cuanto a las campañas de intervención se recomienda dirigirlas hacia la desmitificación del estigma, en lugar de enfocarse exclusivamente en el conocimiento de las enfermedades mentales. Estas intervenciones cuando se enfocan en la naturaleza médica, pueden ayudar a comprender el origen, los síntomas y tratamiento y puede ayudar a conocer mejor estas dolencias, pero no ayudan a reducir los estereotipos y conductas discriminatorias.

Por lo tanto, los estereotipos ligados a las personas con EM pueden influir significativamente en el auto-etiquetado y la percepción que estas tienen de sí mismas. Las enfermedades mentales no tratadas, continúan siendo un importante problema de salud pública. De hecho, la investigación realizada por Fox y Earnshaw (2023) recoge que menos de la mitad de los adultos y adolescentes que sufrieron una EM en el año 2021 recibieron algún tipo de tratamiento. Los estereotipos junto con los prejuicios, que se abordarán en el siguiente punto, pueden influir en la disposición de las personas a buscar ayuda y tratamiento para sus problemas de salud mental, contribuyendo a la marginación y exclusión social de aquellos que enfrentan desafíos de salud mental. El miedo al estigma social puede ser un obstáculo significativo, ya que las personas pueden temer el rechazo, la discriminación o la exclusión debido a los estereotipos negativos asociados a la EM.

Se ha analizado los estereotipos sociales y su impacto sustancial en la construcción y perpetuación del estigma experimentado por las personas con EM. Sin embargo, más allá de los estereotipos, surge otro componente crítico en este entramado social: el prejuicio.

1.1.2 Prejuicios hacia las personas con enfermedad mental

Poncela (2011) define el prejuicio como opiniones negativas carentes de fundamentos evidentes. Estas representan sentimientos hostiles que, en última instancia, pueden manifestarse en comportamientos discriminatorios, ya sea de forma directa o sutil. En este sentido, los prejuicios no solo involucran una evaluación emocional desfavorable, sino también un juicio social negativo.

Autores como Dovidio (2001) sugieren que existen tres enfoques principales para entender el prejuicio. El primero se basa en la psicopatología, considerando que el prejuicio puede surgir como consecuencia de problemas psicológicos o trastornos individuales. El segundo se vincula a procesos normales, donde el prejuicio se origina en patrones comunes aceptados socialmente; y el tercero resalta la naturaleza multidimensional del prejuicio, reconociendo que puede manifestarse a través de diversas formas y en distintos niveles.

Además, los prejuicios contienen dos ingredientes esenciales, en primer lugar, deben presentar una actitud a favor o en contra y, en segundo lugar, tienen que estar relacionados con una creencia excesivamente generalizada, por lo tanto, errónea. Las declaraciones prejuiciosas a veces expresan el factor actitud, a veces el factor creencia. El pensar mal de los demás incluye sentimientos de desprecio o disgusto, de miedo o aversión, así como diversas conductas antipáticas que van desde hablar negativamente en contra de otras personas, discriminarlas o atacarlas con violencia (Allport, 1954).

Específicamente, cuando los prejuicios están impregnados de sentimientos de ira, existe la posibilidad de que se traduzcan en comportamientos hostiles. En el contexto de la EM, estos pueden dar lugar a la retención de la ayuda necesaria, sustituyéndola a veces por servicios de seguridad, como la intervención policial. También pueden traducirse como rechazo hacia las personas con EM, manifestándose, por ejemplo, en la negativa de empleadores a contratarlos

(Corrigan y Watson, 2002). El miedo puede funcionar como una predisposición conductual que refleja el contenido cognitivo de dichos prejuicios. La sociedad a menudo enfrenta prejuicios y miedos hacia las personas con EM, creando un terreno ambiguo y lleno de malentendidos que persisten debido a percepciones anacrónicas y desinformadas (Economou et al., 2012).

En la intrincada red de la sociedad, los prejuicios ejercen un impacto negativo al reducir las oportunidades de las minorías y actuar como un obstáculo para alcanzar un trato equitativo de los grupos desfavorecidos. Estos prejuicios no solo afectan las percepciones cotidianas, entorpecen la comunicación y socavan la confianza necesaria para establecer relaciones positivas y duraderas entre diferentes grupos, sino que también plantean un desafío significativo para construir una sociedad justa e inclusiva. Cuando las personas con EM son discriminadas, se realizan acciones fundamentadas en estos prejuicios, resultando en la violación de los derechos humanos fundamentales y obstaculizando las relaciones interpersonales, además de limitar el acceso a oportunidades. Por ende, superar el prejuicio se vuelve crucial, y esto implica valorar y aceptar las diferencias individuales como parte integral de la diversidad humana (Myers, 2011).

Además de los prejuicios, otro elemento de gran relevancia en el estudio del estigma hacia la EM es la discriminación que se manifiesta a través de comportamientos negativos y perjudiciales dirigidos hacia individuos o grupos específicos que enfrentan estas condiciones. La discriminación puede adoptar diversas formas, desde acciones evidentes hasta sutiles exclusiones sociales. Se traduce en tratos desiguales, oportunidades limitadas, y un acceso reducido a recursos y servicios esenciales. Al comprender a fondo la discriminación, se sientan las bases para diseñar estrategias efectivas que aborden tanto los prejuicios como los comportamientos discriminatorios en la promoción de una sociedad más justa e inclusiva. A continuación, se llevará a cabo un análisis

más detallado del concepto de discriminación, explorando sus manifestaciones, factores subyacentes y las implicaciones que tiene en distintos ámbitos sociales.

1.1.3 Discriminación social hacia las personas con enfermedad mental

De acuerdo con la Comisión de Derechos Humanos (2012), la discriminación es un fenómeno social que afecta la dignidad y los derechos humanos, se origina en prácticas sociales, a veces inconscientes, y puede dirigirse hacia diversas características individuales, como el origen étnico, la religión, la edad, el género, las opiniones, las preferencias políticas, la salud, las discapacidades, entre otras. Esta práctica afecta a todas las personas, pero especialmente a aquellas en situaciones de vulnerabilidad o desventaja, intensificando su impacto. Se debe concienciar sobre sus consecuencias para garantizar que todas las personas gocen plenamente de sus derechos en sociedades democráticas. Asimismo, Smith y Mackie (1997) coinciden que la discriminación incluye comportamientos negativos dirigidos hacia individuos pertenecientes a diversas categorías sociales y puede manifestarse desde un simple desagrado hasta un odio irracional. A nivel mundial se han registrado numerosos casos de conductas discriminatorias como ataques físicos, vandalismo, persecución y amenazas hacia personas socialmente estigmatizadas. Además, identifican la amplitud y universalidad de la discriminación, como la económica, la de género y la racial.

En varias investigaciones se evidencia que la discriminación se perpetúa por medio de los estereotipos y los prejuicios, y puede manifestarse en diferentes contextos como las relaciones interpersonales, las políticas públicas, legales y administrativas. Por lo tanto, es fundamental comprender y abordar la discriminación desde un enfoque estructural, adoptando políticas públicas basadas en los derechos humanos para garantizar la igualdad de trato y oportunidades para todas

las personas, sin importar su categoría social (Malgesini y Giménez, 1997; Martínez, 2008; Smith y Mackie, 1997).

La Comisión de Derechos Humanos de Ontario (s.f.) clasifica la discriminación en tres tipos: directa, indirecta y derivada de la discapacidad. La discriminación directa se basa en la percepción y se produce cuando se trata a un grupo de personas de una manera desfavorable en comparación con otros (por ejemplo: una madre de familia por el rol que asume). La discriminación indirecta se produce cuando se aplica un criterio o una práctica de manera igualitaria a todas las personas, sin tomar en cuenta los grupos con características protegidas que se encuentran en una situación de desventaja. Finalmente, la discriminación derivada de la discapacidad ocurre cuando se trata a estas personas desfavorablemente a causa de su condición.

Poniendo el foco en las acciones discriminatorias, Moreau (2010) analizó como transmiten un mensaje a la sociedad acerca del valor de aquellos individuos o grupos que han sido excluidos. Este mensaje dice que las personas discriminadas no son dignas de consideración, debido a que ellos tienen menos valor que otras personas. Estas acciones impiden que algunas personas sean tratadas en igualdad de condiciones, convirtiéndolas en ciudadanos de segunda clase. Las acciones discriminatorias van en contra de las libertades y los derechos de las víctimas.

Lucas (2013) sugiere que, en ocasiones, se tiende a pensar que la discriminación implica ganadores y perdedores, pero argumenta que los científicos sociales deben profundizar en su análisis. Recomienda que, en lugar de centrarse en la desigualdad, se debe poner un mayor énfasis en el estudio de la discriminación. En el contexto de la discriminación, argumenta que todos resultan perjudicados, ya que esta deteriora las relaciones sociales, debilita las instituciones sociales y a menudo descuida la esencia fundamental de la humanidad.

Después de abordar la discriminación en términos generales, se enfocará en un aspecto particularmente relevante: la discriminación social dirigida a personas con EM. Más allá de los estereotipos y los prejuicios, es de importancia de entender cómo la discriminación, manifestada de manera general en la sociedad, se intensifica y adquiere dimensiones únicas cuando se dirige a las personas con estas patologías. Explorar esta relación es esencial para promover la equidad, la comprensión y el apoyo en el ámbito de la salud mental.

En el ámbito de la EM las personas sufren no solo los efectos directos de su condición, sino también enfrentan las consecuencias de la discriminación y el estigma social. Este estigma y la actitud negativa de la sociedad crean barreras que dificultan su integración social y laboral, lo que aumenta el riesgo de aislamiento y marginación. La discriminación social a menudo conduce a un proceso de estigmatización, lo que impide que estas personas busquen ayuda y accedan a recursos básicos como vivienda y empleo. Según Alonso y Méndez (2015) aproximadamente una de cada cuatro personas experimentará una EM en algún momento de su vida, y alrededor de cuatro de cada cinco personas que necesitan atención por trastornos mentales y neurológicos, en países con ingresos bajos y medios-bajos, no la reciben. La discriminación y el estigma social son obstáculos importantes que enfrentan las personas con EM, lo que a menudo resulta en su exclusión social y aislamiento.

Con relación a la percepción de la EM como un indicador de debilidad, en el estudio de Osteraud (2023), se examina cómo el estigma de la EM impacta la evaluación de 20 empleadores noruegos hacia solicitantes que revelan antecedentes de enfermedades psicológicas. Los hallazgos revelan la presencia de estereotipos arraigados que tienden a considerar a las personas con EM como frágiles y poco confiables. Es notable observar que, independientemente de si los empleadores adoptan actitudes discriminatorias o inclusivas, suelen manifestar enfoques

extremadamente opuestos frente al estigma de la salud mental. Algunos optan por la evitación, contribuyendo así a la perpetuación de prejuicios y exclusiones, mientras que otros adoptan un enfoque empático y dialogante, tratando de desafiar y dismantelar dichos estereotipos.

En relación con la discriminación múltiple, el estudio de Holley et al. (2019) destaca la escasa información disponible sobre las experiencias de personas de color, lesbianas, homosexuales y bisexuales en lo que respecta a la discriminación por enfermedad mental y el respaldo que reciben tanto en sus comunidades raciales y étnicas como en aquellas relacionadas con la sexualidad. Este estudio exploratorio revela que la discriminación por enfermedades mentales es frecuente, y que los apoyos disponibles a menudo resultan insuficientes en estas comunidades de identidad. Además, los participantes expresaron su deseo de contar con programas específicos, liderados por pares y familiares, que aborden de manera más efectiva las complejidades de la discriminación y el apoyo en el contexto de la EM y las diversas identidades.

Este capítulo ha profundizado en la compleja trama del estigma social, abarcando los estereotipos, prejuicios y discriminación tanto de manera general como aplicada específicamente al estigma que enfrentan las personas con EM. Se ha explorado las interconexiones entre estos elementos, examinando cómo influyen en la percepción individual y las experiencias de aquellos afectados por una EM. La comprensión profunda de estos fenómenos es esencial para abordar y transformar las percepciones erróneas que perpetúan el estigma, trabajando hacia la construcción de una sociedad más inclusiva y justa.

En la sección 1.2, denominado Perspectiva Histórica del Estigma Social Asociado a la EM, se explorará la evolución del estigma en torno a la EM a lo largo del tiempo, analizando las raíces históricas que han contribuido a la formación de las actitudes y creencias actuales. Examinando las narrativas históricas que han modelado la comprensión colectiva de las enfermedades mentales.

El objetivo es proporcionar una visión más completa de cómo se ha configurado el estigma social hacia las personas que sufren una EM a lo largo de las eras y cómo estas perspectivas históricas continúan impactando en el presente. Se abordará las concepciones de estas patologías y el trato social hacia las personas con EM en la Edad Antigua, la Edad Media, el Renacimiento y la Época Moderna.

1.1.4 Dimensiones actitudinales del estigma social

De acuerdo a (Ajzen, 2001) las actitudes son predisposiciones aprendidas que influyen en la manera en que los individuos responden ante determinadas situaciones, individuos y objetos. En el contexto del estigma social hacia las personas con EM, las actitudes son importantes para entender cómo se originan y perpetúan las formas de discriminación y exclusión social. Desde la Psicología Social se establece que las actitudes están compuestas por tres dimensiones: el componente cognitivo, el afectivo y el conductual (Eagly y Chaiken, 1993).

El componente cognitivo se refiere a las creencias, ideas o pensamientos que se tienen respecto a un grupo social o aún objeto. Estos contenidos cognitivos no siempre se fundamentan en información verídica o científica, sino que suelen construirse a partir de prejuicios culturales, experiencias distorsionadas o discursos mediáticos.

Con relación a las personas con EM, estas creencias pueden estar asociadas a estereotipos negativos asociados a la EM como la peligrosidad, la debilidad de carácter o a la incompetencia (Corrigan, 2005).

El componente afectivo se relaciona a las emociones o sentimientos que se generan frente al objeto actitudinal. Estas respuestas emocionales impactan la forma en que se valore a quienes viven con EM, favoreciendo la estigmatización. Estos componentes pueden manifestarse como miedo, incomodidad rechazo o incluso compasión (Petty y Cacioppo, 1986).

El componente conductual se refiere a las formas de actuar de determinada manera hacia el objeto actitudinal. En contexto con el estigma hacia la EM, se manifiesta como discriminación laboral, el aislamiento social, o el trato desigual en los servicios de salud. Este componente conductual es la dimensión observable del estigma social y se relaciona directamente con el efecto negativo de la exclusión que sufren las personas con EM.

El entendimiento de estos tres componentes es fundamental para analizar de manera integral el estigma de la EM. El estereotipo, el prejuicio y la discriminación pueden ser entendidos como expresiones de estos componentes. De tal manera, que el estereotipo corresponde al componente cognitivo, el prejuicio al afectivo y la discriminación al conductual (Corrigan, 2005). Esta estructura teórica proporciona un marco teórico valioso para interpretar los datos empíricos y fundamentar el desarrollo de estrategia anti-estigma.

1.1.5 Conceptualización clínica y sociocultural de la enfermedad mental

Comprender el estigma hacia la EM en el contexto ecuatoriano, requiere abordar tanto las definiciones clínicas como las construcciones sociales vinculadas a estas dolencias. Esta doble perspectiva es vital para identificar los mecanismos que contribuyen a la formación y la perpetuación del estigma hacia las enfermedades mentales y hacia las personas que lo sufren. Cabe destacar que este estudio no tiene un enfoque clínico ni terapéutico, no obstante, es necesario analizar, clarificar y describir lo que es una EM, lo que evita ambigüedades y asegura que la investigación se centre en un concepto bien delimitado.

Desde una perspectiva clínica, la Organización Mundial de la Salud (2022) define la enfermedad mental como una alteración significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de una persona, asociados con la angustia o la discapacidad funcional que se manifiesta en áreas importantes de la vida de las personas que sufren estas

enfermedades. La salud mental es un derecho fundamental que sustenta las capacidades individuales y colectivas para afrontar el estrés, la toma de decisiones y la participación en la sociedad.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2022), describe la enfermedad mental como padecimientos de los individuos que implican alteraciones en los pensamientos, sentimientos y comportamientos, lo cuales son inusuales y negativos, causando estrés y preocupación tanto a las personas que las padecen como a su entorno próximo. Estas alteraciones se manifiestan mediante el deterioro funcional en los ámbitos sociales, ocupacionales o personales.

Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud (s.f.), remarca que la salud mental es más que la ausencia de trastornos psicológicos, es un estado de bienestar que permite a los individuos tener una vida productiva y contribuir a la sociedad. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5TR) clasifica estas patologías como depresión, trastornos de ansiedad y esquizofrenia.

Por otra parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) donde aclara que los trastornos psicológicos no se limitan a desviaciones sociales, sino que requieren evidencia de producir una disfunción biológica o psicológica (OMS,2022). Ambos criterios de diagnóstico concuerdan en que la EM no es el resultado de la debilidad de carácter personal, sino el resultado de interacciones complejas entre factores genéticos, ambientales y psicosociales (MedinePlus, 2022).

Además de las definiciones clínicas, es importante considerar las representaciones sociales que se construyen en torno a la EM. Este imaginario colectivo influye en las creencias y comportamiento hacia quienes tienen estas patologías, reforzando prejuicios, estereotipos y discriminación. Las enfermedades mentales afectan no solo a quienes la sufren, sino también a sus

redes de apoyo, siendo una barrera en el acceso al empleo, la educación y la atención médica (Link y Phelan, 2001). Un modelo de atención integral en la cura de estas dolencias es la que integra el enfoque comunitario, multidisciplinario y centrado en la persona. Este modelo remarca la prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social, además de los servicios sanitarios y sociales para responder de manera efectiva a las diversas necesidades de los pacientes con EM y sus familias (Organización Panamericana de Salud, 2020).

En resumen, la comprensión tanto clínica como sociocultural de lo que es una EM es relevante para este estudio, ya que permite identificar las creencias y actitudes que contribuyen a la perpetuación del estigma, siendo fundamental para el diseño de estrategias educativas y de sensibilización de la población ecuatoriana con el fin de promover una sociedad más empática e inclusiva con las personas que padecen estas dolencias.

1.2 Evolución histórica y sociocultural del estigma hacia las personas con enfermedad mental: Análisis de concepciones, causas, tratamientos y efectos sociales

Conocer y comprender la perspectiva histórica del estigma de la EM es esencial para alcanzar los objetivos de la presente investigación. Examinar cómo las sociedades han percibido y estigmatizado estas patologías a lo largo del tiempo permite entender que el estigma no es un fenómeno social reciente, facilita identificar patrones y cambios en las actitudes sociales. En consecuencia, se puede determinar cómo ciertos estigmas han persistido, evolucionado o disminuido, proporcionando una visión valiosa sobre la dinámica social y cultural relacionada con la salud mental con el fin de poder identificarlas dentro de la muestra estudiada de ciudadanos ecuatorianos.

Este análisis ayudará a visibilizar como ciertos prejuicios, estereotipos y conductas discriminatorias se han transmitido a lo largo de la historia y siguen presentes en nuestra época,

permitiendo identificar sus raíces históricas. También, permitirá identificar los elementos del imaginario colectivo que condicionan el trato hacia las personas que sufren trastornos psicológicos. Otro objetivo de este capítulo es ayudar en la comprensión del impacto que ha tenido el estigma social hacia las personas que sufren una EM a través del tiempo. Finalmente, una comprensión de la evolución histórica del estigma ayuda a identificar las formas efectivas de trato a las personas con EM, al entender la exclusión y segregación que ha sufrido estas personas.

El estigma social en el contexto de la EM puede dar como resultado en la pérdida de oportunidades en áreas claves como la educación, el empleo y la vivienda. Además, la persona que sufre una EM frecuentemente internaliza los estereotipos sociales existentes, lo cual puede conllevar una pérdida de autoestima, una disminución de la autoeficacia y una reticencia para participar plenamente en la sociedad (Corrigan, 1998; Holmes y River, 1998).

Fairclough (2010) señala que el neoliberalismo contribuye a la discriminación y al estigma social en perjuicio de las personas que sufren una EM u otras dolencias, teniendo consecuencias negativas en su salud mental y en el trato que pueden recibir dentro de la sociedad. A lo largo de la historia, la EM ha estado marcada por un estigma que ha acarreado consecuencias adversas en la vida de aquellos que la sufren desde tiempos antiguos.

En este capítulo abarca un recorrido histórico sobre cómo diversas sociedades han abordado la EM. Se exponen las diferentes concepciones que han existido, así como las distintas reacciones sociales que han surgido en relación con esta problemática y las personas que la padecen. A lo largo de la historia, la EM ha sido uno de los temas más controvertidos dentro del campo social y de la medicina, pues ha contado con una multiplicidad de explicaciones, que van desde la creencia en causas sobrenaturales y divinas hasta la comprensión científica actual. De igual modo, los

tratamientos también han evolucionado a lo largo del tiempo, yendo desde terapias basadas en creencias religiosas hasta el uso de medicamentos y terapias psicológicas modernas.

Este recorrido histórico pretende proporcionar un marco interpretativo para entender la evolución del estigma hasta nuestros días, identificar los factores históricos y socioculturales que ha influido en las percepciones de la EM y las personas que las padecen y las reacciones sociales a través del tiempo. Finalmente, tiene como fin fundamentar la relevancia de estudiar el estigma de la EM no solo desde la información científica, sino también desde una perspectiva cultural y social.

1.2.1 Edad Antigua

En la Edad Antigua, la comprensión de la EM estuvo fuertemente vinculada a las creencias mágico-religiosas. No obstante también comenzó a desarrollarse explicaciones racionales. Las actitudes sociales hacia las personas que sufrían estas patologías reflejaron una percepción entre la superstición y el miedo, en contraste, con los primeros intentos de interpretación y curación médica – científica. El abordaje y atención a las personas con EM variaron significativamente entre culturas y regiones.

1.2.1.1 Explicaciones predominantes sobre la EM

Vergara (2002) señala que en las sociedades antiguas existían dos perspectivas diferentes en la explicación de las enfermedades psíquicas. Por un lado, se encontraban aquellas concepciones que las asociaban con los demonios, maleficios y explicaciones sobrenaturales, y cuya cura se llevaba a cabo a través de ritos como los sortilegios, la magia, los conjuros y la brujería. Estas sociedades practicaron la segregación, el menosprecio y el exterminio de estas personas. Por otro lado, las sociedades medievales atribuían estas enfermedades a una explicación más racional y científica, tal como la defendida por Hipócrates, Asclepiades, Galeno, Sorano y

Celso, quienes las consideraban como cualquier otra enfermedad y las desvinculaban de las explicaciones de culpa y castigo de los dioses.

El estudio de Millon (2004) examina cómo las civilizaciones antiguas concebían la enfermedad mental por medio de un marco de referencia mágico y mitológico, lo que es similar al planteamiento de Vergara (2002). Su análisis encuentra que el comportamiento de las personas con EM no fue comprendido, y se les daba diferentes explicaciones. Las sociedades antiguas atribuían al origen de la EM a la posesión de espíritus animistas, los espíritus dados por los dioses que eran vistos como portadores de poderes místicos, o los espíritus demoníacos, considerados como un castigo divino. Algunas de estas visiones, aunque basada en una mitología demoníaca, se sumó a un enfoque social más comprensivo de los enfermos.

En contraste con la actualidad, en la época antigua existió una relación entrelazada entre la religión, la psicología y la medicina. Uno de los cultos de salud más extendidos fue el de Asclepio, de origen griego que duró hasta después de la época de Cristo. Los médicos asclepianos eran practicantes de la medicina racional, y se les atribuye ciertos métodos psicológicos para curar las emociones desordenadas. En Occidente la medicina hipocrática fue altamente valorada porque fomentó la observación sobre la teoría y evitó la explicación sobrenatural de la locura. Los escritores de la iglesia primitiva generalmente respetaban el trabajo de los médicos y tenían una visión de la locura que incorporaba una perspectiva espiritual, mientras que reconocían las influencias psíquicas que también causaban angustia mental (Huguelet y Koenig, 2009).

Hipócrates fomentó la observación por encima de la teoría, evitando la explicación sobrenatural de la locura, elaboró una clasificación pionera de los trastornos mentales que fue revolucionaria en su época. Su clasificación incluía el delirio, la melancolía, la manía y la demencia; estableció que cada una de estas patologías tenía una causa física y no espiritual. Gran

parte de su obra ha sido transmitida a través de la colección de textos conocida como el “Corpus Hippocraticum”. En sus escritos, Hipócrates abordó la relación entre el cuerpo y la mente, argumentando que las EM podrían surgir en el cerebro o en el desequilibrio de los humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra). En términos de tratamiento, abogaba por enfoques más racionales y empíricos en lugar de prácticas supersticiosas (Rojas-Malpica et al., 2019).

En la antigua China se concebía la enfermedad mental como el resultado de un desequilibrio entre las fuerzas opuestas del yin y el yang, o como la influencia de espíritus y demonios (Lo y Barret, 2013; Sivin, 1987).

1.2.1.2 Causas atribuidas y marcos interpretativos

En la época antigua se atribuía el origen de la EM a castigos divinos, consecuencias de maleficios. Los espíritus malignos tomaban posesión de los cuerpos de los enfermos y los atormentaban mentalmente (Millon, 2024; Vallejo, 2006).

En Grecia y Egipto se vinculaba la EM a causas corporales o naturales. A este respecto, enfermedades como la depresión, la demencia, los estados de delirio, los desórdenes del pensamiento, la esquizofrenia, entre otros, fueron descritos con detalle en el papiro de Eber¹, así como la histeria en el papiro de Kahun²(Okasha, 2005).

Hipócrates rechazó la idea de posesión demoníaca como origen de la EM. Afirmó que los trastornos mentales eran similares a las dolencias físicas y tenían causas naturales. Explicó que de

¹ El papiro de Eber es un documento egipcio antiguo que se remonta al año 1550 AC sobre medicina, que trata acerca los medicamentos que usaban los egipcios.

² El papiro de Kahun, de origen egipcio (1800 AC), es un tratado de medicina.

las emociones y la salud mental dependían el equilibrio fisiológico del cuerpo humano (Rojas-Malpica et al. 2019). Clemente de Alejandría y Teodoreto desde una perspectiva filosófica consideraban la importancia de la gestión emocional para la salud mental como un equilibrio delicado entre el cuerpo y el alma, anticipándose a conceptos contemporáneos sobre la salud mental integral. Este enfoque holístico proporciona un valioso punto de partida para entender cómo las culturas antiguas abordaban y valoraban la salud mental en relación con el control emocional y la disciplina personal (Rotman, 2021).

Así, en la antigua sociedad egipcia, de acuerdo con papiros de la época faraónica, se reconocía la EM como consecuencia de causas corporales y fueron tratadas de forma física y terapéutica, usando hierbas medicinales, brebajes, ungüentos y amuletos. Asimismo, Clemente de Alejandría y Teodoreto de Ciro compartieron la creencia de que el control de las pasiones humanas era fundamental para mantener un equilibrio armonioso entre el cuerpo y el alma y, por ende, alcanzar la tranquilidad y el bienestar en salud mental. Sus perspectivas subrayan la importancia del autocontrol y la disciplina en la regulación de las emociones y pensamientos como elementos esenciales para preservar la salud mental. En sus escritos, estos médicos de la antigüedad reconocieron que el desequilibrio en las pasiones humanas podía desencadenar problemas de salud mental, y abogaron por la necesidad de mantener un control consciente sobre estas emociones para prevenir trastornos mentales (Vergara, 2002).

En cuanto a las enfermedades mentales, los babilonios creían que la actividad mental se generaba en el corazón. Estas dolencias las diagnosticaban como “no estar en completa posesión de sus facultades”, “dificultad para hablar”, “deambular confundido”, “las personas no saben dónde están”. Los médicos babilonios creían que las enfermedades que afectaban al cerebro, se originaban a causa de lesiones o traumatismos producidos en esta zona (Yuste, 2010).

Elferink (2000) en su investigación de la cultura prehispánica de los nahuas encontró que conocían muchas enfermedades mentales como la ansiedad y la aflicción, el miedo patológico, la locura, la melancolía y la histeria.

1.2.1.3 Tratamientos practicados

Los primeros tratamientos encontrados en el Perú para las enfermedades mentales en las culturas primitivas se realizaban a través de agujeros en el cráneo. Se creía que por medio de ellos los espíritus malignos tenían la posibilidad de salir, o a través de exorcismos, llevados a cabo entre las antiguas sociedades hebreas, griegas, chinas y egipcias. Estos rituales eran realizados por hechiceros, y, posteriormente por los sacerdotes, para expulsar a los espíritus malignos del cuerpo del afectado. Sin embargo, en la misma época antigua, para el tratamiento de la enfermedad mental Hipócrates elaboró una clasificación pionera de los trastornos mentales que fue revolucionaria en su época. Su clasificación de los trastornos mentales incluía el delirio, la melancolía, la manía y la demencia, y establecía que cada uno de ellos tenía una causa física y no espiritual (Vallejo, 2006).

En contextos predominantemente religiosos, donde existieron explicaciones sobrenaturales la cura de la EM era realizada por hechiceros o sacerdotes, se llevaba a cabo a través de ritos como los sortilegios, la magia, los conjuros, la brujería y los exorcismos, pues se pensaba que los demonios ingresaban secretamente en los cuerpos de los hombres, con el fin de perturbar su vida y quietud, una vez allí provocaban enfermedades, aterrizando sus mentes y cuerpos (Vallejo, 2006). Las enfermedades mentales fueron percibidas como impuras, por lo tanto, su curación fue dejada a los sacerdotes. (Huguelet y Koenig, 2009).

Mesopotamia era una sociedad de tipo teocrática, exotérica donde se practicaba la magia. La cura de todas las enfermedades, incluida la EM, lo determinaban los dioses. Todas las terapias aplicadas a las diferentes enfermedades comenzaban con un ritual llamado shurpu, donde se

interrogaba a la persona enferma, los temas centrales de las preguntas se centraban en averiguar si la persona había ofendido de una u otra manera a sus dioses, o si había cometido algún mal a alguien. Las terapias y las medicinas estaban unidas a la magia y a la religión. El fin de dichas terapias era ser un medio de reconciliación de las personas enfermas con los dioses. El paciente debía convencerse de que sus males y sufrimientos eran consecuencia de sus pecados, cuando el enfermo aceptaba la culpa se conocía el origen del mal. La terapia consistía y se resolvía en un plano dialéctico entre dioses y demonios. Para curar las enfermedades se empleaban drogas y de manera especial encantamientos y magia (Vergara, 2002).

En contraste, las corrientes racionales emplearon tratamientos físicos, dietéticos y ambientales. Hipócrates recomendaba cambios en el estilo de vida, como la dieta y el ejercicio, para restaurar el equilibrio en los humores. Además, promovía el uso de terapias ambientales, como la música y el arte, para influir en el bienestar mental. Su enfoque terapéutico también incluía el uso de técnicas como el baño y la actividad física moderada (Rojas-Malpica et al., 2019).

Los médicos asclepianos originarios de Grecia, curaron con un método entrelazado entre la religión, la psicología y la medicina. Estos tratamientos duraron hasta después de la época de Cristo. Practicantes de la medicina racional se les atribuye ciertos métodos psicológicos para curar los trastornos psíquicos. El clero de la iglesia primitiva generalmente respetaba su trabajo, incorporando tanto elementos espirituales como influencias psíquicas. (Huguelet y Koenig, 2009).

En contraste con los tratamientos místicos, la investigación de Okasha (2005) expone que, dentro de la antigua sociedad egipcia, de acuerdo a papiros de la época faraónica los egipcios reconocían las enfermedades mentales como consecuencia de causas corporales y fueron tratadas de forma física y terapéutica. Enfermedades como la depresión, la demencia, el retardo psicomotor,

el negativismo, estados de delirio, desórdenes del pensamiento, y esquizofrenia fueron descritas con detalle en el papiro de Eber³, así como la histeria en el papiro de Kahun⁴.

El texto médico chino Huangdi Neijing para la sanación de la EM remarca la importancia de la armonía interna y la relación entre cuerpo, mente y entorno. Su cura incluía la acupuntura, la fitoterapia, la meditación y las prácticas para recuperar el equilibrio energético, así como las intervenciones familiares y sociales (Lo y Barret, 2013; Sivin, 1987).

En las civilizaciones antiguas de América, la EM era curada por los chamanes y curanderos, utilizaron rituales, plantas psicoactivas como el peyote y los hongos, junto a ceremonias colectivas con el fin de restaurar el equilibrio espiritual y social de los afectados (BBC Mundo, 2024; Furst, 1996). La cura para la EM se hacía por medio de su rica herbolaria y ritos mágicos-religiosos, especialmente descritos en su código Badiano, registrado por un médico indígena, que recoge muchos procedimientos curativos y contiene una sección dedicada a las enfermedades mentales (Elferink, 2000).

De acuerdo a un documento médico del período Neosumerio (2112-2004 A.C.), para la cura de enfermedades en Babilonia, se utilizaron los tratamientos de origen vegetal como semillas u raíces, tallos, cortezas y hojas procedentes del mirto, cedro, palmera datilera, higuera, sauce, etc. También se menciona el uso de la miel y la leche. Minerales como el salitre, la sal, la arcilla, el

³ El papiro de Eber es un documento egipcio antiguo que se remonta al año 1550 AC sobre medicina, que trata acerca los medicamentos que usaban los egipcios.

⁴ El papiro de Kahun de origen egipcio (1800 AC) es un tratado de medicina.

aceite de mar, la cerveza. Algunos elementos como la piel de serpiente, el caparazón de tortuga se empleaban exclusivamente en los exorcismos y encantamientos, para ahuyentar al demonio causante del mal (Yuste, 2010).

1.2.1.4 Actitudes sociales y estigma

Las actitudes de las sociedades antiguas, estuvieron marcadas fuertemente por los prejuicios, los estereotipos, la discriminación y la exterminación de las personas con EM, no obstante también existieron sociedades donde las personas con EM y otras discapacidades fueron atendidas y tratadas de manera más empática y humana.

En Esparta, la fragilidad física estaba tan establecida, que incluso se practicaba la revisión de los recién nacidos. Los espartanos eran conocidos por ser una sociedad guerrera donde prevalecía la ley del más fuerte y la formación de una comunidad homogénea cuyo único fin era la vida militar. Los niños desde el nacimiento eran propiedad del estado; una comisión de ancianos se encargaba de evaluar si estaban sanos. Si no superaban la evaluación, se los consideraba una carga para la nación y se los arrojaba al pie del monte Taigeto. Este estigma social de la debilidad física también se extendía a las enfermedades mentales en esta época, pues se creía que eran una amenaza para la comunidad, por lo tanto, debían ser eliminados (Debesse y Milaret, 1973).

Séneca justifica el infanticidio que se aplicó en la sociedad antigua, argumentando que era razonable eliminar a los individuos que podían corromper a los demás, incluyendo a los niños débiles y deformes. Esta ideología demuestra la discriminación hacia las personas con discapacidades que existió en las sociedades de la antigüedad (Séneca, s.f.).

La exclusión social y las políticas eugenésicas de las personas con discapacidades, se puede encontrar en las recomendaciones de Platón en su obra “La República”. El estado tomaba medidas no naturales para asegurar una raza superior. Según esta ideología, solo debían tener hijos los

ciudadanos con las mejores condiciones, es decir, aquellos que cumplían con los estándares de belleza, salud, bienestar físico e intelectual determinados por el estado, pero no así con los individuos inferiores, es decir, aquellos que no cumplían con los criterios estatales. Otra acción que recomendó en su obra fue el establecimiento de un periodo reproductivo, las mujeres debían dar a luz hijos al estado desde los veinte hasta los cuarenta años y los hombres hasta los cuarenta y cinco años de edad; en consecuencia, los hijos que nacían fuera de esa ley eran considerados ilegítimos y los padres eran considerados sacrílegos. Además, Platón recomendó que si los niños nacían con una discapacidad o deformidad debían ser encerrarlos, ocultados (Platón, trad. en 2003).

En Grecia donde se rendía culto a la belleza y a la perfección física, no había cabida para las personas con discapacidades, se los expulsaban de las ciudades o los exterminaban. Las enfermedades eran consideradas una lacra social (Vergara, 2002).

En la sociedad hebrea, las personas con discapacidades eran consideradas como dignas de atención y respeto, dejándoles participar en las prácticas religiosas, recibiendo cuidados dentro de la comunidad. El judaísmo promovió la dignidad humana y la obligación de cuidar a estas personas (Ferraro, 2001).

En América, otra consecuencia de los prejuicios y estigma social hacia las personas con EM se ve reflejada en la escala social de los nahuas⁵ que estaba compuesta por las personas buenas

⁵ Los nahuas son un pueblo indígena originario de Mesoamérica, que habitan principalmente en México y en algunos países centroamericanos.

y las malas, en estas últimas se ubicaban a las personas con enfermedades mentales, pues tenían la creencia de que estas personas habían nacido bajo un signo desfavorable según su calendario indígena del Tonalamatl⁶. Otra cultura que tuvo entendimiento sobre la EM fueron los Incas, que al igual que los nahuas, reconocían la ansiedad, la aflicción, la melancolía, y la histeria; y también eran tratadas con productos medicinales de origen vegetal y mineral en combinación con sus ritos mágicos-religiosos y la experiencia práctica que tenían en su cura. Los incas consideraban que el origen de todas las enfermedades era el resultado de una relación alterada con fuerzas sobrenaturales, creyendo que el pecado era la causa y practicaban una especie de confesión para alcanzar el perdón (Elferink, 2000).

1.2.1.5 Instituciones y atención a la salud mental

En la Edad Antigua no existieron instituciones específicas para el tratamiento de las enfermedades mentales. Las diversas curas de la enfermedad mental se las realizaba en escenarios como cuevas, plazas, templos, o domicilios de los curanderos. En Grecia, aunque predominaba la exclusión social de personas con discapacidades, las personas con diversas enfermedades eran acogidas en templos o santuarios, como los dedicados a Asclepio (Huguelet y Koenig, 2009).

⁶ El calendario Tonalamatl estaba compuesto por una serie de 260 días, divididos en 20 períodos de 13 días cada uno. Cada uno de estos días tenía un nombre y un significado particular, y se creía que influía en la vida de las personas que habían nacido en ese día. Por lo tanto, el Tonalamatl era utilizado como una herramienta de adivinación y de predicción de eventos.

En Roma se crearon los nosocomios fundados por el emperador Constantino, que ofrecían techo, comida y ayuda espiritual a las personas con enfermedades físicas y mentales (Hernández y García, 2024).

En la antigua Mesopotamia, la atención de los enfermos, incluidas las personas con EM, eran realizadas por especialistas como los *ašū* (médicos) y los *āšīpu* (exorcistas) quienes combinaban remedios con rituales mágicos y religiosos. No existieron hospitales de salud mental, tal y como los conocemos hoy. Los lugares de curación eran sus templos, y la práctica médica se realizaba en el entorno comunitario o familiar (Yuste, 2010).

En Egipto se utilizaron los templos de dioses como el de Imhotep como centros de sanación, donde se atendían todo tipo de enfermedades incluidas las mentales, mediante el uso de prácticas religiosas, rituales y remedios naturales. Los sacerdotes eran también los médicos quienes estaban a cargo de los tratamientos (López, 1996).

1.2.1.6 Conclusión y transición

En resumen, durante la Edad Antigua coexistieron imaginarios sociales y trato hacia las personas con EM y otras discapacidades, profundamente antagónicos, que iban desde la comprensión de la EM desde un punto de vista místico, esotérico y religioso hasta concepciones más racionales basados en el desarrollo de tratamientos médicos. Las actitudes sociales variaron desde la segregación, el aislamiento forzado y la aniquilación, hasta manifestaciones de cuidado y comprensión.

Después de examinar cómo se enfrentó el estigma asociado a la debilidad física o mental en la Edad Antigua, es esencial explorar las dinámicas en la Edad Media, un período que también se vio profundamente influenciado por factores como la religión, la superstición, la ignorancia y las creencias arraigadas en el miedo.

1.2.2 Edad Media

En esta época las nociones preconcebidas y las actitudes hacia la EM se vieron moldeadas por la interacción de diversos elementos culturales y sociales. La religión desempeñó un papel preponderante, a menudo vinculando las condiciones de salud mental con interpretaciones espirituales o castigos divinos. La presencia de la superstición y la falta de conocimiento científico también contribuyeron a la percepción negativa de las personas que padecían EM. Este contexto, enmarcado por la oscuridad de la ignorancia y las creencias infundadas, creó un entorno desafiante y hostil para aquellos afectados por enfermedades mentales.

1.2.2.1 Explicaciones predominantes sobre la enfermedad mental

La Edad media se caracterizó por una profunda visión teocentrista del mundo, la iglesia y el clero tomaron a su cargo la explicación y el tratamiento de la EM y, al igual que en las sociedades antiguas, atribuyeron su etiología a causas sobrenaturales como las posesiones demoníacas o la influencia de espíritus malignos. Aunque también se creyó que era una forma de castigo divino a causa de los pecados que habían cometido las personas que padecían EM o de su propia familia, rechazando las explicaciones científicas y médicas propuestas por Hipócrates, imponiéndose una visión sobrenatural y moralista del sufrimiento psicológico (Bridley y Lee, 2023).

El enfoque médico y religioso coexistía en la explicación y cura de las enfermedades mentales. Desde el punto de vista religioso los pacientes con enfermedades mentales eran etiquetados como personas malignas, a tal punto que los mismos enfermos proclamaban esto. Las personas con estas enfermedades conseguían refugio en los monasterios (Huguelet y Koenig, 2009).

La medicina grecolatina concibió la enfermedad mental como un estado de perturbación del organismo que tenía como consecuencia su funcionamiento irregular, alterando las distintas

actividades del paciente. En la Alta Edad Media San Agustín fue el autor de su obra *Confesiones*, donde realiza algunas descripciones psicológicas. Constantino el Africano en su obra describe algunas enfermedades psicológicas como la melancolía, cuyo origen lo situaba en el cerebro y en el estómago (hipocondría). Los árabes fundaron escuelas médicas basadas en los saberes clásicos griegos, donde se adoptaron actitudes más humanistas hacia las personas con EM, influidos por sus creencias religiosas, donde se enseñaba que los locos han sido escogidos por Dios para decir la verdad (SE psiquiatría, s.f.).

No obstante, también existió progreso en el cuidado de las personas con diversas enfermedades, no obstante, se vio afectado por la devastación provocada por la Peste Negra, que cobró la vida de una significativa porción de la población. Este evento se combinó con condiciones como el hambre, guerra y opresión social. Estos factores crearon un ambiente marcado por el miedo y la depresión generalizada, contexto que influyó en el resurgimiento de interpretaciones sobrenaturales en todos los ámbitos. No obstante, hacia el final de la Edad Media, las explicaciones de carácter místico comenzaron a perder relevancia, y los funcionarios gubernamentales recuperaron parte de su influencia en asuntos no religiosos. Fue en este período que la ciencia y la medicina resurgieron como enfoques dominantes para explicar la psicopatología. Este cambio reflejó una transición hacia una comprensión más fundamentada en la evidencia y menos basada en interpretaciones metafísicas, marcando un hito en la evolución de las percepciones de la enfermedad mental (Bridley y Lee, 2023).

1.2.2.2 Causas atribuidas y marcos interpretativos

En la Edad Media, la iglesia y el clero tomaron a su cargo la explicación y el tratamiento de las enfermedades mentales. Igual que en las sociedades antiguas, se atribuyeron su etiología a causas sobrenaturales. En una época teocentrista, a los orígenes de la EM se le dio una explicación

desde un enfoque religioso donde la causa más difundida eran las posesiones demoniacas o la influencia de espíritus malignos. Otro origen que se le dio a la EM fue la creencia de que era una forma de castigo divino a causa de los pecados de las personas que lo padecían, el pecado de sus familias o como resultado de castigos divinos (Prieto et al., 1999).

Igualmente, en Europa, la EM se atribuía a fuerzas místicas. Se creía que la posesión demoníaca y la brujería eran causas de la locura, lo que llevó a suponer que las personas que sufrían estas dolencias estaban poseídas o habían hecho pacto con el demonio (Kemp, 1985).

Se observó durante esta época, una especie de locura masiva, donde un gran número de personas tenían síntomas similares. Asumiéndose que las personas estaban poseídas por lobos y otros animales e imitaban su comportamiento, denominándolo licantropía. Otro comportamiento masivo que se desarrolló fue la manía incontrolable de bailar y saltar al que se llamó tarantismo, su origen se atribuía a la mordedura de las tarántulas, extendiéndose a Italia y Alemania y otras partes de Europa, donde se la conoció como la Danza de San Vito (Gloyne, 1950).

El pueblo consideraba que las personas con EM tenían un pacto con el demonio, y si se curaban era producida por una reconciliación con el demonio. Esta idea se extendió progresivamente, identificando al Diablo como la causa de los males de los poseídos. No obstante, también existió la idea que la locura era producto de una crisis emocional (Ventosa, 1997).

Sin embargo, también existieron otras causas más racionales atribuidas a la EM. San Alberto Magno (1193-1280) y Santo Tomás de Aquino (1225-1274), sostuvieron que la locura era un trastorno del cuerpo, ya que el alma no podía enfermarse. Describieron algunas enfermedades mentales como la melancolía, la ira patológica, la pérdida de la memoria, la psicopatía, el retraso mental y el retraso social. A pesar de los avances médicos, persistía entre la población la creencia de que quienes padecían EM estaban dominados por fuerzas malignas (SE psiquiatría, s.f.).

Influenciado por los la filosofía de Aristóteles, Galeno, Nemesio y Avicena, Tomás de Aquino argumentó que la EM era una alteración de la disposición natural del organismo, debido a que los agentes patógenos desplazan al enfermo de su orden natural, generando un desequilibrio en el cuerpo o en el alma, este desequilibrio lo considera como el triunfo del agente patógeno sobre el cuerpo del paciente. La causa de la EM la consideraba como consecuencia de una alteración orgánica. Para referirse a estas enfermedades utilizó términos como amentia (locura) y sana mens (mente sana). La relación ente el alma y el cuerpo, influyen en la EM, debido a que están unidas substancialmente, por lo tanto, toda pasión corporal afectaba al alma. Consideró que la EM tenía causas naturales, pudiendo ser objeto de estudio y tratamiento médico (Echavarría, 2008).

En la sociedad árabe, médicos como Avicena y Rhazes realizaron importantes contribuciones a la concepción y cura de la EM de esa época, reconocieron algunas enfermedades mentales en su obra Canon de medicina, atribuyéndolas a alteraciones orgánicas y proponiendo terapias más compasivas. Malmónides médico judío, menciona en su obra aspectos sobre la higiene mental (Historia de la Psiquiatría, s.f.).

Durante el siglo XV, en España hubo un cambio de paradigma en cuanto a la concepción de las causas de la EM, las personas con estas dolencias comenzaron a ser vistos como pacientes curables, lejos de la visión predominantemente espiritual o demonológica (Ventosa, 1997).

1.2.2.3 Tratamientos practicados

La iglesia utilizó para su cura métodos suaves como las oraciones y drásticos como las torturas o la hoguera. La flagelación, el toque de reliquias, el canto

La iglesia utilizó para su cura métodos suave como las oraciones y drásticos como las torturas o la hoguera. La flagelación, el toque de reliquias⁷, el canto, la visita a lugares sagrados y el uso de agua bendita; y en casos extremos, los afectados eran sometidos a confinamiento, maltrato e incluso la ejecución (Bridley y Lee, 2023). También se emplearon métodos de cura con enfoques eclécticos⁸ y empíricos, como remedios herbales y exorcismos, hasta lograr una cura o remisión. De acuerdo a Kemp (1985), a veces la cura para la EM fue la quema en la hoguera.

Para la curación de la EM, se utilizó la magia pagana inicialmente, para luego pasar a la demonología, siendo la Inquisición un movimiento contra los endemoniados y los hechiceros, donde se cometieron atrocidades en contra de los derechos humanos de los afectados. Los Tribunales de Inquisición española fueron los primeros en reconocer que los embrujados eran personas afectadas con trastornos mentales (Ventosa, 1997).

Además de la curación mística de la EM, hubo avances basados en la observación, estudio y aplicación de métodos más racionales y científicos. Por ejemplo, Tomás de Aquino consideró el origen de la EM en causas naturales, que podían ser sanadas por medio de tratamientos médicos.

⁷ Se creía que las reliquias, eran objetos sagrados asociados con santos o figuras religiosas, tenían poderes especiales y podían otorgar sanación y liberación de la influencia demoníaca. Se llevaba a cabo mediante el contacto físico de la persona afectada con la reliquia o al permitir que la reliquia se tocara la parte del cuerpo afectada.

⁸ Un enfoque ecléctico se refiere a la adopción de elementos o métodos de diferentes teorías, prácticas o enfoques, en lugar de adherirse estrictamente a uno solo. En términos generales, un enfoque ecléctico implica la combinación de diversas ideas o técnicas para abordar un problema o situación, seleccionando lo que se considera más efectivo de diferentes fuentes o perspectivas.

Para el tratamiento primero se debía reconocer el desequilibrio orgánico que causaba la EM. En segundo lugar, Aquino creía que el cuerpo tiene una fuerza activa propia que lo puede curar, sostenía que los médicos no podían curar por sí solo, la función del médico era disponer al cuerpo del enfermo para que esa fuerza activa actúe eficazmente, si no se activaba correctamente sobrevénía la muerte del órgano o de la persona.

En tercer lugar, consideraba que el médico actuaba como un auxiliar de la fuerza curativa del paciente. La recuperación real dependía de la naturaleza interna del paciente. En cuarto lugar, consideró que las pasiones (emociones) podrían causar la EM. Por lo tanto, el manejo de las pasiones del alma (emociones) era muy importante, especialmente en las enfermedades psicosomáticas. Los médicos, por lo tanto, debían considerar enseñar el manejo de estas emociones para evitar que estas generen o perpetúen el desequilibrio. Finalmente, sostenía que el objetivo para la cura era restaurar la armonía del organismo y su disposición natural a curarse a sí mismo, las intervenciones debían respetar la conciencia e integridad moral del paciente (Echavarría, 2008).

Se crearon los hospitales y asilos para pacientes con EM tenían que participar en labores como la agricultura o la costura, bajo la idea de que la inactividad agravaba su condición. Los que desobedecían eran castigados físicamente, incluso con grilletes y encierro en jaulas (Catalán, 2008).

La literatura francesa medieval, por ejemplo, es rica en descripciones de psicosis, cuyas víctimas son en su mayoría caballeros de la época, que recibían una combinación de tratamientos físicos y mentales, que incluían sangrías, sueño, descanso, baños y ungüentos. (Wright, 1939).

1.2.2.4 Actitudes sociales y estigma

Durante la Edad Media, la postura social hacia las personas con enfermedades mentales era contradictoria, y se reflejaba en la coexistencia de estereotipos y percepciones sociales

opuestas. Estos estereotipos tenían graves consecuencias para la vida de las personas con enfermedades mentales, excluyéndolas de la sociedad y generando un trato injusto y deshumanizante. (Catalán, 2008).

La percepción del estigma de la EM, se refleja en las menciones jurídicas de la época con relación a las personas con estas dolencias: locas, furiosas, mentecatas. Otras menciones como orates, endemoniados y posesos contenían la percepción pública de peligrosidad y perjuicios (Ventosa, 1997).

Como consecuencia de los prejuicios y el estigma social hacia las personas con EM se dio lugar a la caza de brujas durante la época medieval. El estereotipo de esta persecución era mujer, muchas veces con EM que se creía que había pactado voluntariamente con el mal, por lo tanto, se pensaba que no tenía salvación ni perdón de Dios. La quema de estas mujeres fue considerada como un acto depuratorio y piadoso practicado por la iglesia católica y la iglesia protestante de Lutero y Calvino (Castro, 2005).

Otro evento que recrudeció esta persecución y estigma social, fue el Edicto de Fontainebleau en Francia, emitido por el rey Luis XIV en 1670, que decretó que las personas con una EM debían ser recluidas obligatoriamente en hospitales o asilos específicos. Esta ley pretendía proteger a la sociedad de posibles peligros y mantener el orden público. Este edicto refleja la percepción predominante de esta época, que estereotipaba a las personas con EM como peligrosas y los consideraban una amenaza, por lo tanto, debían ser apartados de la vida cotidiana de la sociedad. Esta medida contribuyó al estigma y aislamiento social, privándolos de su libertad y sometiéndolos a condiciones de vida y tratos inhumanos, medidas que se extendió por toda Europa (Castro, 2005).

1.2.2.5 Instituciones y atención a la salud mental

Durante la Edad Media, al igual que en la Época Antigua, las personas con discapacidades mentales o físicas eran marginadas y desatendidas debido a la falta de valor social que se les dio. El bienestar de una persona y su aceptación social estaba estrechamente relacionado con su condición económica y de salud. En esta época el sistema político y social eran las monarquías y el régimen feudal, además de la dominación de la Iglesia Católica en la jerarquía social, tuvieron un impacto negativo en el bienestar de las personas que sufrían enfermedad mental u otras dolencias de salud. A pesar de que la iglesia fundó refugios, asilos, casas de acogida, auspicios y albergues para estas personas, en vez de ayudar a reintegrarlas en la sociedad, dio como resultado su separación de la sociedad, convirtiéndose en un tratamiento segregacionista (Sáenz-Rico et al., 2009).

En este sentido, las personas ciegas, sordas o con problemas físicos fueron acogidas en estos refugios y asilos, pero no así las personas con retraso mental o epilepsia quienes enfrentaron más dificultades en encontrar lugares de acogidas, ya que fueron juzgadas como impuras e hijas del pecado, repudiándolas y despreciándolas (Prieto et al., 1999).

Según Catalán, 2008 los refugios y asilos, en 1410, se estableció en Valencia el hospital de Santa María o de Inocentes, reconocido como el primer hospital de salud mental del mundo occidental. En este lugar, se obligaba a los pacientes con EM a participar en diversas actividades, como agricultura y confección de vestimenta, para evitar la inactividad, considerada perjudicial. Los pacientes que mostraban desobediencia enfrentaban castigos físicos, como azotes, grilletes y confinamiento en jaulas. Este hospital marcó el inicio de la creación de otros en toda Europa, con secciones dedicadas a personas con EM. La actitud social de la época se caracterizaba por estereotipos contradictorios, generando un impacto significativo en la vida diaria de los afectados, con exclusión social y trato deshumanizante.

La amalgama de estas representaciones estigmatizadas no solo resultaba en barreras tangibles, como la limitación de oportunidades, sino que también moldeaba las interacciones sociales de manera perjudicial. Así, las personas con EM enfrentaban no solo el desafío de la enfermedad, sino también las expectativas sociales negativas (Catalán, 2008).

La reclusión de las personas con EM durante la época medieval fueron en algunas ocasiones masivas como la que se produjo en el Hospital General en Francia que llegó a tener 6.000 personas recluidas (1% de la población parisina) con el edicto del 27 de abril de 1656; los etiquetados como insanos fueron encerrados en forma obligatoria e indefinida junto con mendigos, huérfanos, prostitutas, ancianos y homosexuales, con el único objetivo de limpiar las calles de París de la escoria de la sociedad.

En el hospital de Bethlehem en Londres, los pacientes que podían sobrevivir a las desastrosas políticas de reclusión y a la atrocidad de los cuidadores, se tenían que someter a tratamientos brutales como los eméticos, las sangrías, los laxantes y muchas curas que incluían crueldades físicas. El abuso y la discriminación llegó a convertirse en un espectáculo; los londinenses pagaban una entrada al hospital, los días domingos, para mirar a los locos tras las rejas de hierro de su prisión terapéutica. Hechos semejantes se perpetraron en los hospitales de Salpêtrière y Bicêtre de París, el Saint Luke de Londres, el hospital de Pennsylvania en Filadelfia, el Hospital para Dementes de Moscú y el Narrenthurm de Viena. (Castro, 2005)

En este período, los hospitales fundados para personas con EM se llamaban los hospitales de los inocentes, nombre dado debido a los menores de edad que sufrieron la muerte por edicto de Herodes. Esta analogía era aplicada a los pacientes, debido a que habían perdido la luz de la razón. Otros nombres que se dieron a estos hospitales fue la Casa de Locos, Casa de Orates, Casa de

Inocentes. Este último nombre tuvo un sentido protector para las personas con estas dolencias, que fue fomentado por el cristianismo (Ventosa, 1997).

Los hospitales al final del medioevo tenían un gobierno laico de carácter religioso, asociados a los obispos y monasterios de la época. En estos hospitales se daba atención sanitaria y asistencial y tuvieron una estrecha vinculación con instituciones públicas y privadas. Existía una sección de estos hospitales destinada para las personas con EM. En la mayoría de estos hospitales sus fines caritativos tenían un propósito religioso: el cuidado del cuerpo, pero más importante, la cura del alma (Pérez y Arboleda, 2023). La responsabilidad de cuidar a los enfermos mentales recaía en manos privadas, y se empleaban enfoques eclécticos⁹ y empíricos, como remedios herbales y exorcismos, hasta lograr una cura o remisión (Kemp, 1985).

Los enfermos que acudían al hospital durante esta época eran la gente pobre, las personas acomodadas económicamente, eran atendidas en sus domicilios. Los reyes, nobles y las personas adineradas fueron atendidos en sus palacios por los médicos y profesionales más prestigiosos de la época (Ventosa, 1997).

1.2.2.6 Conclusión y transición

Durante la Edad Media se tuvo una concepción religiosa condenatoria y estigmatizante de la EM, fundamentada en la religión, la superstición y el rechazo a los avances médicos surgidos

⁹ Un enfoque ecléctico se refiere a la adopción de elementos o métodos de diferentes teorías, prácticas o enfoques, en lugar de adherirse estrictamente a uno solo. En términos generales, un enfoque ecléctico implica la combinación de diversas ideas o técnicas para abordar un problema o situación, seleccionando lo que se considera más efectivo de diferentes fuentes o perspectivas.

en la Época antigua. No obstante, se desarrolló la atención institucional para la EM, esta estaba más orientada al control y al aislamiento social.

Al final de la Edad Media y principios de la Edad Moderna hubo un cambio en las concepciones y tratamiento de la EM. Con el Renacimiento y la Ilustración se desarrolló un enfoque más científico y racional de estas patologías. Incorporándose explicaciones fisiológicas y comenzando a instaurarse tratamientos más humanitarios para estos pacientes, aunque el estigma hacia la enfermedad mental persistió y continuó afectando la vida de las personas que padecían estas enfermedades (Bridley y Lee, 2003).

Tras explorar el tratamiento social de las EM en la Edad Media, se presentará información sobre la evolución de estos enfoques en la época moderna. A medida que dejamos atrás el escenario medieval, nos adentraremos en un periodo de transformaciones significativas en la comprensión de la salud mental y las respuestas sociales a los trastornos psicológicos. Desde los albores de la Ilustración hasta los desarrollos contemporáneos, se examinará cómo las perspectivas, los tratamientos y las actitudes hacia la EM han experimentado cambios relevantes en este nuevo contexto histórico.

1.2.3 Edad Moderna

. La modernidad, caracterizada por transformaciones sociales, influye en la percepción y comprensión del mundo. Este cambio se vincula al desarrollo de las ciencias y la razón, desplazando prácticas tradicionales y supuestas verdades. El individuo, ahora focalizado en el centro, busca comprender el mundo mediante la observación y la racionalidad.

1.2.3.1 Explicaciones predominantes sobre la enfermedad mental

La concepción de la locura cambió de una explicación religiosa a una racional durante la Modernidad, este cambio supuso dejar atrás el teocentrismo medieval y dar lugar al desarrollo de

las ciencias como nueva forma de comprender la vida. La locura ya no se explicaba como un acto de posesión maligna sino como un quiebre del individuo con la razón, convirtiéndose en un proceso social que significó un cambio en el modo de comprender y ver el mundo. Este cambio dio paso al desarrollo de las ciencias y la razón, dejando a un lado las prácticas tradicionales y las verdades impuestas. El individuo como centro busca conocer el mundo a través de la observación y racionalidad, lo que se relaciona con el Positivismo (Adaloro, 2017).

El conocimiento de las enfermedades mentales fue beneficiado en algunas formas en el Renacimiento. Se reconoció la importancia del estudio de la enfermedad y del enfermo, por lo que la medicina comenzó a estudiarse en las universidades. Se empiezan a desarrollar ciencias como la Botánica, la Farmacología, y la Anatomía junto con la aparición de los libros de texto que facilitó todo este proceso. Los refugios y centros de acogida religiosos empiezan a convertirse en hospitales. Se puso atención a las enfermedades mentales conocidas como las enfermedades del alma, y pasaron a ser tratadas como trastornos naturales y dejaron de ser consideradas como diabólicas o consecuencia de la delincuencia (Peset, 2018).

Además, el Renacimiento también presencié el surgimiento del humanismo, un enfoque filosófico que destacaba el bienestar humano y la singularidad del individuo. Esta perspectiva innovadora contribuyó significativamente al declive de las explicaciones místicas de las enfermedades mentales. Bridley y Lee (2023) resaltan el caso del médico alemán Johann Weyer, quien desafió las creencias de la Iglesia al argumentar, en su obra del año 1577 “Sobre los engaños de los demonios”, que muchas personas acusadas de brujería en realidad sufrían trastornos mentales, no estaban poseídas por demonios. Aunque su libro fue prohibido, marcó un hito en la comprensión de las enfermedades mentales, contribuyendo al cambio de perspectiva de la sociedad hacia estos trastornos.

No obstante estos progresos, la teoría de la degeneración de Bénédict Morel, en 1857, afirmaban que la herencia familiar era el origen de la neurosis, el alcoholismo, la psicosis, la imbecilidad, la prostitución y la criminalidad. En la misma línea obras como las de Charles Darwin *El origen de las especies* (1859), la de su primo Francis Galton *Talento y carácter heredados* (1865), Garrod con su obra *Errores innatos del metabolismo* (1909) y Herbert Goddard *Los Kallikaks* (1912) sostenían que la debilidad mental se producía por transmisión genética y persuadían a desarrollar políticas que pudieran influir en el mejoramiento de la raza humana. Estas obras volvieron a activar los movimientos eugenésicos que datan desde la antigüedad. Galton participó activamente para impulsar su campaña de eugenesia como política de Estado, dirigida a ganar adeptos entre los grupos intelectuales más influyentes de su entorno (Stucchi-Portocarrero, 2013; Vergara, 2002; Villela y Linares, 2011).

1.2.3.2 Causas atribuidas y marcos interpretativos

Al inicio de la Edad Moderna, en los sectores populares y en algunas instituciones religiosas prevalecía la creencia de vincular la EM a causas sobrenaturales como la posesión demoníaca o el castigo divino. En el continente europeo se creía que la EM se originaba según la teoría de los humores de Hipócrates y Galeno. Según esta teoría la salud mental dependía del equilibrio entre los 4 humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. Se creía que el predominio de la bilis negra causaba la melancolía, mientras que otros desequilibrios generaban diferentes tipos de locura. También se atribuyó la EM a factores físicos y ambientales como la dieta, el clima, el exceso de trabajo, el alcohol, el sexo. Progresivamente, se dieron otras causas más racionales y naturalistas como las lesiones cerebrales, traumatismos o enfermedades físicas que afectaban al cerebro (Peset, 2003).

Durante esta época se registraron brotes de histeria colectiva, cuyo origen se atribuyó al impacto de las tensiones sociales, culturales y ambientales. Factores como el miedo (miedo a venenos, epidemias o amenazas sobrenaturales), la ansiedad colectiva, la presión social, y creencias compartidas fueron vistos como el origen de estos episodios. Se reconoció la histeria como una alteración del sistema nervioso, influida por el entorno y el estrés psicosocial. Se reconocieron grupos vulnerables como las mujeres, jóvenes o trabajadores de ambientes cerrados a desarrollar esta enfermedad psicológica (Colligan et al., 1982).

1.2.3.3 Tratamientos practicados

En la Edad Moderna en la cura de la EM, se utilizaron las sangrías, purgas (uso de laxantes y eméticos) y las ventosas con el fin de restaurar el equilibrio humoral. Se prescribían baños fríos o calientes como método para calmar a los pacientes. Se prescribían dietas específicas, paseos al aire libre, ejercicio físico moderado y cambios en el régimen de vida para mejorar la salud mental. En cuanto a medicamento se utilizaron plantas medicinales como el eléboro contra la melancolía, así como otros preparados farmacéuticos. A finales de esta época surgieron las terapias morales, que promovían el buen trato, la disciplina, el trabajo y la recreación como formas de rehabilitación de las personas con trastornos psicológicos. No obstante, también se utilizaron métodos coercitivos como las camisas de fuerzas, el uso de cadenas, prácticas que fueron gradualmente cuestionadas (Peset, 2003).

Philippe Pinel promovió el Tratamiento Moral, que propuso liberar a los pacientes de las cadenas, proporcionándoles un trato humano, terapias de conversación, trabajo y un mejor ambiente para las personas que sufrían estas enfermedades, sentando las bases de la psiquiatría moderna (Peset, 2003).

Los tratamientos utilizados para los cuadros de histeria colectiva, fue la separación y aislamiento de los individuos afectados, debido a la creencia que esta patología era contagiosa por imitación o sugestión social, recomendándose enviar a los afectados a sus casas o lugares apartados para cortar la cadena del contagio emocional. Otro método que se usó fue tranquilizar al grupo, desmintiendo las falsas creencias o rumores que ocasionaban el estrés colectivo. Se procuraba minimizar la atención pública y mediática, con el fin de no reforzar el brote. En algunos casos se utilizaron tratamientos como las duchas frías, la administración de tónicos, choques eléctricos con el fin de restablecer el equilibrio nervioso. También se utilizaron sangrías, purgas, intervenciones psicológicas, sociales (Colligan et al., 1982).

Además, se emplearon medicinas naturales como las infusiones de valeriana, opio, mandrágora, belladona o hachís para calmar la ansiedad, la agitación o el insomnio, dando lugar a la constitución de una psiquiatría más fisiológica (Peset, 2003).

1.2.3.4 Actitudes sociales y estigma

En la época moderna, aunque las personas con EM ya no morían en la hoguera como en la era medieval, su destino y trato seguían siendo inhumanos, pues terminaban siendo recluidos en los manicomios, errantes en los bosques o ciudades, sujetos a desprecios, mofas y atropellos atroces (Castro, 2005).

No obstante, el cambio social durante la modernidad no trajo consigo repercusiones positivas para los enfermos mentales, y el loco pasó a ser una carga social por su inadaptabilidad al nuevo orden capitalista. El nuevo momento socio-histórico trajo consigo muchos cambios en lo que concierne a los mecanismos de control de la sociedad. De acuerdo a este nuevo orden, los individuos debían cumplir con determinadas normas de orden social y quienes no cumplían con las mismas serían excluidos para no afectar el orden público. La consolidación de la exclusión se

visualiza a través del encierro como medio de abordaje, lo que fundó las bases del modelo de encierro. (Adaloro, 2017).

La estigmatización social de las personas con EM, a mediados del siglo XV, contó con elementos visuales que los situaban como los marginados sociales, pues a raíz de su reclusión, en los manicomios europeos, se les obligaba a usar una vestimenta distintiva dentro y fuera de estos hospitales, vestimenta que daban aviso de amenaza y causaban temor entre la población. Otro elemento estigmatizante lo trajo la contrarreforma católica en la figura del loco, le aumentó a su indumentaria la botarga y la tarasca símbolos de la íntima relación de la locura con el pecado, visualizaciones utilizadas en las artes y en las fiestas populares (Descro, 2016).

1.2.3.5 Instituciones y atención a la salud mental

En el siglo XVI, la respuesta a la creciente cantidad de personas afectadas por EM fue la proliferación de asilos, lugares de refugio destinados a proporcionar atención. Ante la insuficiencia de hogares privados para el cuidado de estos pacientes, hospitales y monasterios fueron adaptados como asilos. Sin embargo, a medida que las instalaciones se saturaban, los pacientes pasaron a ser tratados más como animales que como personas, revelando un aspecto oscuro en la evolución del abordaje de las enfermedades mentales (Bridley y Lee, 2023).

La reclusión de personas con EM en hospitales fue una característica de la época moderna. Un ejemplo del proceso de institucionalización de individuos con enfermedad mental fue la reclusión masiva en el Hospital General en Francia que llegó a tener 6.000 personas recluidas (1% de la población parisina) con el edicto del 27 de abril de 1656; los etiquetados como insanos fueron encerrados en forma obligatoria e indefinida junto con mendigos, huérfanos, prostitutas, ancianos y homosexuales, con el único objetivo de limpiar las calles de París de la escoria de la sociedad Castro (2005).

El trato de las personas con EM en los hospitales durante el siglo XIX y XX en los Estados Unidos fue lamentable. La mejora de estas instituciones no fue fácil, los enfermos sufrieron calamidades dentro de estas instituciones (Pérez y Peñaranda, 2017). En estas instituciones se aplicaron terapias inhumanas como el uso de sangrías impulsadas por el médico Benjamín Rush, luego se pasó a las purgas intestinales de Samuel Woodward (1846) con pastillas que contenían mercurio que producían dolores de cabeza, náusea y la caída de dientes. Después siguieron los tratamientos con electricidad de Guillaume Duchenne. En 1850 aparecieron los tratamientos de hidroterapia con agua fría o caliente. Medidas como el uso de grilletes y cadenas era cotidiano en los centros públicos no así en los privados donde tenían tratamientos como las terapias ocupacionales, paseos al aire libre, y bailes.

1.2.3.6 Conclusión y transición

A pesar de estas transformaciones sociales, las personas con EM se ven afectadas negativamente en cuanto a su trato, siendo considerados una carga social debido a su dificultad para adaptarse al nuevo orden capitalista. En este contexto socio - histórico, se alteran los mecanismos de control social, donde la conformidad a las normas sociales se vuelve esencial, excluyendo a aquellos que no se ajusten para preservar el orden público. La consolidación de esta exclusión se refleja en la práctica del encierro como enfoque, estableciendo así las bases del modelo de reclusión en el tratamiento de la EM.

1.2.4 Edad Contemporánea

Tras explorar el estigma asociado a las personas con EM durante la Época Moderna, se abordará la perspectiva contemporánea. Se analizarán los avances y desafíos que han marcado la forma de percibir y abordar las EM, y se examinarán las transformaciones sociales, científicas y

culturales que han influido en la comprensión de estos trastornos y en el trato que se ha dado a las personas que tienen estas dolencias.

1.2.4.1 Explicaciones predominantes sobre la enfermedad mental

En nuestra época, de acuerdo a la OMS las enfermedades mentales son alteraciones significativas del pensamiento, la regulación emocional o el comportamiento que reflejan una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental. Estas dolencias son multicausales pudiendo ser biológicas, psicológicas, sociales y culturales. Se presentan en todas las edades y contextos sociales. Con frecuencia conllevan angustia y deterioro funcional. Muchas de estas patologías pueden ser tratables si se detectan a tiempo. El estigma social hacia las personas que sufren estas enfermedades sigue siendo una barrera para la búsqueda de ayuda temprana.

Entre los trastornos psicológicos más frecuentes se encuentran la depresión, la ansiedad, los trastornos bipolares, la esquizofrenia, los trastornos del neurodesarrollo, los trastornos alimenticios, entre otros.

La OMS promueve una visión holística e inclusiva de la salud mental, donde el bienestar mental no se limita solo a la ausencia de la enfermedad, sino a un estado de equilibrio donde las personas pueden desarrollar sus capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar productivamente y contribuir en su comunidad. Enfatizando la dignidad, la autonomía, y la inclusión social de las personas con EM. Se reconoce que el estigma y la discriminación son barreras importantes para la recuperación de la salud mental, dando lugar a que las estrategias de reducción del estigma y la promoción de la salud mental sean esenciales en las políticas actuales (OMS, 2022; 2023; 2025).

La enfermedad mental se concibe como una condición compleja que puede combinar alteraciones genéticas, neurobiológicas, experiencias traumáticas, factores sociales o ambientales (Psania, 2025). Los descubrimientos y avances en la neurociencia y la genética han permitido identificar causas biológicas, en tanto, la psicología y la psiquiatría revelan la influencia de los factores emocionales, familiares y comunitario en el desarrollo de las enfermedades mentales (NeuronUP, 2024).

1.2.4.2 Causas atribuidas y marcos interpretativos

Actualmente, se han desarrollado diversos modelos teóricos que explican las causas de la EM. El modelo biomédico de la salud mental o psiquiatría biológica afirma que la EM tiene una base orgánica, buscando comprender la EM a partir de la función biológica del sistema nervioso. De acuerdo a sus postulados, los trastornos psicológicos son producto de alteraciones bioquímicas, neurológicas o genéticas. Se apoya en las ciencias de la neurociencia, la genética, la fisiología y la psicofarmacología. Este modelo ha contribuido en la comprensión de la EM, pero ha sido criticado por su reduccionismo y por no considerar otros factores psicológicos, sociales y culturales que afectan la salud mental, también se cuestionan la medicalización excesiva, señalando que la experiencia humana es más compleja y no siempre se puede reducir a causas biológicas (Geneyro y Tirado, 2016.).

El modelo biopsicosocial, propuesto por George Engel en 1977, afirma que la EM es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, promoviendo un enfoque holístico en el diagnóstico y tratamientos de los pacientes. Este modelo considera no solamente los aspectos físicos, sino también las experiencias personales y el entorno de los pacientes (Engel, 1977).

El modelo sociocultural afirma que factores sociales y culturales pueden influir en la salud mental de los individuos. Las condiciones socioeconómicas, la deprivación, el estrés, los hábitos de consumo, los modos de vida poco saludables, las normas culturales y las experiencias de discriminación pueden contribuir al desarrollo de diferentes enfermedades mentales. La cultura occidental ha desarrollado estilos de vida que incrementan la posibilidad de enfermar psíquica y físicamente. Este modelo sostiene que se deben considerar los factores sociales, económicos y culturales, no solo los síntomas individuales o genéticos (Leiva et al., 2021).

El modelo psicosocial considera que la EM es el producto de la interacción de factores psicológicos individuales y el entorno social. Afirma que la EM es un efecto de la estructuración social y de la presión que esta ejerce sobre los individuos, considerando estas patologías como un producto artificial de la cultura (SE Psiquiatría, s.f.).

El modelo conductual considera que los comportamientos anormales son aprendidos a través de las interacciones con el entorno, dando lugar a que la EM sea el resultado de patrones de comportamiento aprendidos, que pueden ser modificados. El modelo cognitivo-conductual afirma que los pensamientos y creencias disfuncionales influyen en las emociones y comportamientos, dando lugar a diversos trastornos psicológicos, combina principios del modelo conductual con la comprensión de los procesos cognitivos. El modelo psicodinámico o psicodinámico sustenta que las experiencias tempranas y los conflictos inconscientes de los individuos pueden influir en el desarrollo de trastornos psicológicos. Este modelo ha sido criticado por la falta de evidencia empírica, no obstante, ha contribuido significativamente en la comprensión de la psique humana (Salusplay, s.f.).

El modelo transdiagnóstico, surge como respuestas a las limitaciones de los sistemas diagnósticos tradicionales (DSM/CIE), los cuales fragmentan la comprensión de la salud mental y

no explican la alta comorbilidad entre trastornos y el riesgo de la medicalización de por vida. Sostiene que procesos cognitivos-conductuales (rumiación, evitación emocional, sesgos atencionales) pueden originar trastornos mentales. Este enfoque, en vez de centrarse en lo concreto de cada una de las enfermedades mentales, opta por enfocarse en los aspectos comunes de los diversos trastornos que dan lugar al mantenimiento de la EM (Sandín et al., 2012; Rojas et al., 2024. *Psicología y Mente*, 2021).

1.2.4.3 Tratamientos practicados

No obstante los grandes avances contemporáneos en la cura de la EM, al comienzo de nuestra época hubo tratamientos drásticos e inhumanos que afectaron la vida de miles de personas con EM. De acuerdo con Pérez y Peñaranda (2017), la psiquiatría contemporánea ha encubierto ciertos procedimientos invasivos y cuestionables, como, por ejemplo, la lobotomía¹⁰, que se utilizó en los hospitales para curar la EM. Esta intervención se realizaba sin anestesia, utilizando un electrochoque que asumía este papel. Para la cura de la EM se usó las sangrías impulsadas por el médico Benjamín Rush; luego se pasó a las purgas intestinales de Woodward en el año 1846, con pastillas que contenían mercurio que producían dolores de cabeza, náusea y la caída de dientes. Además, se implementaron tratamientos con electricidad, como los de Duchenne, seguidos por la introducción de terapias de hidroterapia con agua fría o caliente en 1850.

¹⁰ El portugués Egas Moniz, creador de esta intervención quirúrgica, recibió el premio Nobel de Medicina en 1949. Estas operaciones comenzaron antes de la guerra, fue en 1945 cuando tuvo un mayor auge y su declive se lo situó en 1955.

Prácticas cotidianas como el uso de grilletes y cadenas coexistieron con enfoques más humanos, como las terapias ocupacionales, paseos al aire libre y bailes. Este contraste entre enfoques de tratamiento refleja la compleja historia y evolución en la atención a la EM durante ese período (Pérez y Peñaranda, 2017).

Aunque los comienzos de los tratamientos fueron catastróficos, se han ido desarrollando diversos modelos en la cura de estas patologías. En la época moderna, los enfoques de los tratamientos de la EM se caracterizan por la integración de diversas modalidades terapéuticas que son adaptadas de acuerdo a las necesidades individuales de los pacientes con EM. A continuación se detallan los procedimientos que se utilizan en la actualidad. El modelo biológico se basa en identificar y tratar las causas físicas subyacentes de los trastornos psicológicos, utilizando principalmente los tratamientos farmacológicos para su curación. El modelo biológico realiza una evaluación médica para identificar posibles causas biológicas de la patología. Los diagnósticos son realizados pasándose en los criterios establecidos. Se recetan medicamentos psicotrónicos,

Se supervisan y monitorea el tratamiento, para hacer los ajustes necesarios en las dosis. Se educa al paciente sobre su condición y el uso adecuado de los medicamentos. En algunos casos se utilizan terapias adicionales como la terapia electroconvulsiva o la psico-cirugía (Salusplay, s.f.)

Así mismo, en el modelo biopsicosocial se realiza una evaluación integral y multidimensional de los factores biológicos, psicológicos y sociales que pudieran contribuir a la EM. Los tratamientos son personalizados con intervenciones médicas, terapias psicológicas y apoyo social. Se monitorea la evolución del paciente y se ajustan las intervenciones. Se fomenta la participación activa del paciente en el tratamiento. Desarrollándose estrategias para mantener la mejoría del paciente y prevenir futuras recaídas (Engel, 1977).

El modelo sociocultural realiza evaluaciones del contexto social de los pacientes, identificando factores estresantes. Se realizan intervenciones comunitarias que promueven la inclusión y el apoyo social. Se incentiva la educación y sensibilización en la realización de campañas para reducir el estigma asociado a los trastornos mentales. Se fomenta el fortalecimiento de las redes de apoyo comunitarias del paciente, facilitando el acceso a servicios básicos como la vivienda, empleo y educación. Se monitorea el impacto de las intervenciones haciendo los ajustes necesarios. De acuerdo a este modelo, la cura no es solo clínica, sino que implica fortalecer la comunidad, reducir la pobreza y la inequidad, descentralizar servicios y empoderar a las personas. Priorizando la atención primaria, la intervención temprana, la educación y participación comunitaria, adaptando las políticas a cada contexto social y cultural (Leiva et al., 2021).

El modelo psicosocial examina los aspectos emocionales y sociales de las personas con EM, enfocándose en identificar los factores estresores. Se utilizan intervenciones terapéuticas para abordar problemas emocionales y mejorar habilidades sociales. En las terapias de recuperación se involucra a la familia para fortalecer el entorno del paciente. Se ayuda que los individuos desarrollen habilidades de afrontamiento y resolución de problemas. Se incentiva la participación activa del paciente en la comunidad. Realizándose monitoreos para prevenir recaídas y mantener los logros alcanzados (Sociedad Española de Psiquiatría, s.f.).

En el modelo conductual, las terapias tienen el objetivo de ayudar al sujeto a desaprender conductas no adaptativas, como por ejemplo la incapacidad para tolerar la frustración. Otra terapia que utilizan es la terapia de exposición, usada para tratar las fobias. Se realiza una evaluación del comportamiento, se establecen objetivos para el cambio de comportamiento, se aplican estrategias como el reforzamiento positivo, modelado. Se aplican las técnicas en entornos controlados y finalmente se monitorea los progresos (Manual Merck, s.f.).

El modelo cognitivo conductual en las evaluaciones iniciales identifica pensamientos, emociones y comportamientos problemáticos del paciente. Se realizan educaciones psicoeducativas acerca de estas relaciones. Se identifican las creencias irracionales, para dar lugar a la reestructuración cognitiva con el fin de modificar los pensamientos negativos. Además, se entrena habilidades de afrontamiento y resolución de problemas y manejo del estrés. Se establecen estrategias para evitar recaídas y mantener los cambios logrados (Sayago, 2024).

El modelo transdiagnóstico realiza entrevistas clínicas con el fin de identificar los procesos transdiagnóstico (intolerancia a la incertidumbre, pensamientos recurrentes etc.), utilizan la psicoeducación de los pacientes sobre la interacción pensamiento-emoción-conducta, luego proceden a la reestructuración cognitiva del individuo (diálogo socrático, registro de pensamientos automáticos), a la reducción del miedo a sensaciones corporales con ejercicios de hiperventilación controlada, utilizan la regulación emocional incrementando la tolerancia al malestar por medio de mindfulness, técnicas de aceptación y finalmente consolidan las habilidades aprendidas y hacen planes para la prevención de recaídas. Sus programas de intervención pueden ser individuales o grupales, combinado con sesiones semanales y con tareas de aplicación prácticas (Sandín et al., 2012; Rojas et al., 2024. Psicología y Mente, 2021).

Otro modelo que ha ganado popularidad en los últimos tiempos ha sido el uso de la telepsiquiatría, las aplicaciones móviles y otras herramientas digitales han ampliado el acceso a la salud mental, permitiendo intervenciones continuas y personalizadas que ayuda especialmente en contextos rurales (Psania, 2025; Revista Colombiana de Psiquiatría, 2029).

1.2.4.4 Actitudes sociales y estigma

En la época contemporánea, las actitudes sociales hacia la EM han estado influenciadas por teorías científicas, políticas institucionales, y el estigma. A lo largo de nuestra época se puede

evidenciar tratos que han ido desde el exterminio, la exclusión social, bajo discursos de peligrosidad, inferioridad genética, y el no respeto a los derechos humanos hasta los movimientos sociales de lucha contra el estigma hacia las personas que sufren estas enfermedades.

1.2.4.4.1 Movimientos eugenésicos contra las personas con enfermedad mental

Stucchi - Portocarrero (2013) sugiere que la eugenesia hacia las personas con EM recibió respaldo de teorías científicas. Por ejemplo, la teoría de la degeneración de Bénédict Morel creada en el año 1857, afirmaba que el origen de la neurosis, el alcoholismo, la psicosis, la imbecilidad, la prostitución y la criminalidad estaba en la herencia familiar. En esta misma perspectiva, autores como Darwin en su obra *El Origen de las Especies*, publicada en el año 1859, Garrod en su libro “*Errores Innatos del Metabolismo*” del año 1909 y Goddard en su obra “*Los Kallikaks*,” del año 1912, argumentaban que la debilidad mental se transmitía genéticamente, abogando por políticas que pudieran influir en el mejoramiento de la raza humana.

En la misma línea, Galton, reconocido como uno de los pioneros en el campo de la eugenesia, abogó por mejorar la calidad genética de la población humana mediante la intervención selectiva en la reproducción, término que él mismo acuñó en 1883. Galton propuso que las personas con características deseables, como inteligencia y habilidades, deberían ser alentadas a reproducirse, mientras que aquellos con características no deseadas, desde su perspectiva, deberían ser desalentados o impedidos de tener descendencia (Vergara, 2002; Villela y Linares, 2011).

Estas teorías sobre el origen de la EM propiciaron la implementación de políticas estigmatizantes a nivel global, siendo adoptadas por numerosos gobiernos como estrategia para abordar las EM y otras condiciones catastróficas. En 1896 Estados Unidos estableció prohibiciones matrimoniales para personas consideradas epilépticas, imbéciles o débiles mentales, acompañadas de medidas extremas como la esterilización forzada. Se estima que entre 1927 y 1963, al menos

64.000 individuos fueron sometidos a este procedimiento (Stucchi-Portocarrero, 2013; Vergara, 2002; Villela y Linares, 2011).

Asimismo, en Suecia, entre 1935 y 1975, alrededor de 63.000 personas experimentaron procesos de esterilización forzada como parte de estas políticas discriminatorias. En el caso de Alemania, durante el periodo entre 1930 y 1945, más de 400.000 personas fueron afectadas por estas medidas extremas. Estas cifras revelan el impacto significativo y generalizado de las políticas eugenésicas, destacando la magnitud de la discriminación sufrida por individuos considerados afectados por enfermedades mentales.

En el contexto del régimen nazi, entre 1930 y 1940, de acuerdo con el *United States Holocaust Memorial Museum* (s.f.), se llevó a cabo uno de los programas de exterminio más atroces contra las personas con trastornos mentales. En octubre de 1939, Adolf Hitler ordenó el comienzo del programa de eutanasia T-4 con el cual se autorizó el exterminio de todos los alemanes con enfermedades incurables tanto físicas como mentales, eso incluía a bebés y niños pequeños.

Los nazis querían hacer una limpieza de la raza aria de las personas que ellos consideraban genéticamente defectuosa y una carga financiera para la sociedad. El primer programa de eutanasia lo dirigieron Philipp Bouhler y Karl Brandt (1939), reportando a todos los menores de 3 años que nacieran con EM o enfermedades físicas severas. Los padres de estos niños fueron animados a ingresarlos en clínicas pediátricas en todo el territorio de Alemania y Austria con engaños de darles cuidados y atención, pero allí eran asesinados con dosis letales de medicina o por inanición. El T-4 se amplió hasta los 17 años. Se estima que unos 5.000 niños perecieron.

En consecuencia, en 1939, Adolfo Hitler firmó una autorización secreta para proteger a todos los participantes del programa médicos, enfermeras y administradores. El genocidio de las

personas con discapacidades finalmente se dirigió a los adultos. Las personas con EM y físicas graves eran perseguidas y asesinadas con la ayuda de los médicos alemanes y el Escuadrón de Protección. Se recomendó a los médicos que dejaran morir a este tipo de pacientes. Después comienzan a ser enviados a centros de exterminios, donde son asesinados con inyecciones letales, cámaras de gas, o son quemados en grandes hornos llamados crematorios. El obispo católico Clemens A. Graf denuncia los homicidios en un sermón público. A pesar de las protestas, el programa se siguió ejecutando y se estima que, entre 1940 y 1945, unas 200.000 personas discapacitadas fueron asesinadas. Con el fin de la Segunda Guerra Mundial, algunas personas que estuvieron vinculadas a estos programas de exterminio en el Holocausto fueron llevados a juicio que tuvieron lugar en 1945 y 1946 en Núremberg en Alemania (United States Holocaust Memorial Museum, s. f.).

Después de la Segunda Guerra Mundial, la comunidad internacional estaba profundamente afectada por los horrores del conflicto y los crímenes de lesa humanidad perpetrados durante el Holocausto. La necesidad de establecer un marco universal que garantizara la protección de los derechos fundamentales de todas las personas se volvió evidente. En este contexto, según las Naciones Unidas (1948) en la Declaración Universal de Derechos Humanos, surgió como un esfuerzo conjunto para prevenir futuros abusos y promover la dignidad inherente a todos los seres humanos. Sumado a esto, el progreso en el ámbito de la medicina y la ética médica han contribuido a una transformación significativa en la forma en que la sociedad aborda las cuestiones relacionadas con las personas que enfrentan EM, marcando un compromiso más firme con los principios éticos y los derechos que salvaguardan la igualdad y la integridad de cada ser humano, independientemente de su salud mental.

1.2.4.4.2 Lucha contra el estigma de la enfermedad mental

En esta sección se abordarán las estrategias, campañas e iniciativas dirigidas a combatir el estigma relacionado con las EM. Para lo cual se explorará el desarrollo de movimientos sociales y organizaciones dedicadas a modificar percepciones, erradicar prejuicios y promover una comprensión más compasiva y empática en la sociedad. Además, se examinarán los desafíos persistentes y los logros obtenidos en esta batalla contra el estigma en el ámbito de la salud mental.

La lucha contra el estigma hacia la EM se ha fortalecido de un legado histórico en el que muchas personas desempeñaron un papel relevante. En 1841, Dorothea Lynde Dix empezó a dar clases a mujeres en la cárcel de Boston y quedó impactada al descubrir que la gran mayoría de las mujeres encarceladas padecían de EM. Constató que eran sometidas a un abuso y trato inhumano. Dix describió como horrores las prácticas hospitalarias que presenció, señalando que el lugar tenía mal olor, la comida era de mala calidad y las enfermas eran maltratadas de manera sistemática, con muchas de ellas encadenadas. Motivada por esta experiencia, emprendió una cruzada para poner fin a tales prácticas, tanto en cárceles como en manicomios convirtiéndose en una destacada activista social estadounidense, pionera en la reforma de la atención a la salud mental (Pérez y Peñaranda, 2017).

Así mismo, las denuncias del francés Michael Foucault en sus obras, influyeron en la mejora del respeto de los derechos humanos de las personas con EM y en la reforma de las instituciones psiquiátricas. Sostenía que en el caso de la atención psiquiátrica, el discurso médico y las prácticas hospitalarias han servido históricamente para excluir, estigmatizar y someter a las personas con EM, dando lugar al establecimiento de exclusión y jerarquías entre lo normal y lo patológico, convirtiéndose estas instituciones en espacios de control social y disciplinamiento. Sus investigaciones permitieron evidenciar el trato inhumano que recibían estos pacientes en las

prácticas de encierro, aislamiento y maltrato, logrando sensibilizar a la sociedad y a los profesionales de salud hacia el cambio en el trato de los pacientes. Impulsó las reformas institucionales de estos centros de atención orientadas a la humanización de la atención y el uso de terapias más respetuosas con la dignidad de los pacientes (Castrillón-Valderrutén, 2020).

Además, la crítica de Foucault ayudó a la sociedad a comprender que la salud mental era un asunto de derechos humanos. Impulsando la transición de la “higiene mental” focalizada en el control, hacia la “salud mental” centrada en el bienestar integral y el derecho social, promoviendo la inclusión y la protección de los derechos de las personas con EM. Otra contribución que ayudó a realizar fue el reconocimiento de que las instituciones psiquiátricas debían ser diversas, de acuerdo a las negociaciones entre actores sociales, profesionales y pacientes, abriendo puertas a enfoques más democráticos y participativos en la gestión de la salud mental (Castrillón-Valderrutén, 2020).

En la misma época, surgió el movimiento de la anti-psiquiatría en las décadas de los 60 y 70, promovido por Szasz y Cooper. Estos críticos refutaron el concepto de EM como una anomalía bio-psíquica y lo plantearon como un problema con un contexto histórico, social y económico. Los ex-pacientes o sobrevivientes de la psiquiatría se sumaron a este movimiento, a través de reivindicaciones y protestas, considerando la EM como una invención opresiva de la sociedad, que trastorna a ciertas personas, las declara enfermas y las aniquila con el tratamiento psiquiátrico, evaluando estos procedimientos como un mecanismo de represión que encubre una violencia institucional. Cuestionaron las prácticas de reclusión al denunciar la opresión institucional, las metodologías represivas de la psiquiatría, las terapias de shock y el trato deshumanizante inherente al modelo psiquiátrico. Estas críticas impulsaron una transformación significativa en la prestación de asistencia psiquiátrica a nivel global, promoviendo enfoques más humanitarios y respetuosos hacia los pacientes afectados por EM (León, 1995).

Al igual que las críticas de Foucault al sistema psiquiátrico, el movimiento anti-psiquiatría desempeñó un papel crucial en el proceso de desinstitucionalización de los pacientes con EM. En respuesta a estas críticas, se emprendieron esfuerzos para reformar el sistema de salud mental, desplazando la atención de los hospitales hacia enfoques más comunitarios e integrados. Esta transformación buscaba proporcionar tratamientos que respetaran la dignidad de los pacientes y fomentaran su participación activa en la sociedad. La política de desinstitucionalización de las personas con enfermedades mentales tuvo repercusiones positivas y negativas. Algunas personas se pudieron incorporar a una vida normal, en contraste con la mayoría de las personas que fueron dadas de alta y sin un seguimiento de sus casos, sin medicación, terminaron deambulando sin rumbo por las calles. Desafortunadamente, en Estados Unidos se encuentran personas que viven actualmente en la calle, que son producto de esta política (Lilienfeld et al., 2014).

Este movimiento de mejora en la atención de la salud mental, impulsado por un entorno sociopolítico favorecedor, se inició en Estados Unidos, a comienzos de la década de los 70, como alternativa ante el fracaso del modelo médico-psiquiátrico, a través de una gran inversión en los servicios comunitarios con el propósito de lograr una reinserción social de marginados sociales y personas con EM. Entre sus aportaciones se encuentran las siguientes:

1. La desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos de las personas con EM, promoviéndose su salida de estos lugares y favoreciéndose su atención en ambientes comunitarios.
2. Se evaluó y se identificó la importancia de los determinantes psicosociales y socioambientales en la salud mental, en cuanto a su influencia en el bienestar y el origen de la EM.

3. Se fomentó programas y servicios de atención a las personas con EM con la intervención comunitaria, dando recursos y tratamientos más accesibles y menos estigmatizantes.
4. Se remarcó la importancia de la aplicación de programas de intervención temprana en la salud mental (León, 1995).

En la lucha contra el estigma hacia la EM, en 1978 se promulgó un informe que tuvo el objetivo de lograr la inclusión educativa de las personas con EM y otras discapacidades. El informe Warnock y el principio de normalización propuesto por Mikkelsen, muestran la evolución de las políticas inclusivas de las personas con EM y otras discapacidades. Se publicó en Inglaterra el informe Warnock siendo elaborado por la Comisión de Educación. Este informe declaró que todos los niños son educable independientemente de sus características físicas, mentales o emocionales. Esta nueva política adoptada por Inglaterra rechazó la segregación educativa de las personas con EM y otras discapacidades, abogando por la inclusión de estudiantes con necesidades especiales.

Esta nueva política de inclusión optó por un enfoque educativo inclusivo que elimine la distinción entre aquellos afectados por EM y los que no. Se recomendó que en lugar de catalogar a los niños según sus dificultades, la educación debería adaptarse a las necesidades individuales, promoviendo un entorno educativo inclusivo y equitativo para todos (Warnock, 1978). Este informe evidencia un cambio en la percepción de las personas con EM promoviendo su integración educativa y reduciendo el estigma asociado a la EM.

En la misma línea del informe Warnock, Bank Mikkelsen, tenía como objetivo la normalización de las personas con discapacidades emocionales o físicas en los ámbitos educativo, social y laboral. Este principio ha influido en las políticas educativas y sociales que pretenden la inclusión y la equidad en el desarrollo de una sociedad más justa y empática con las personas que sufren cualquier discapacidad (Lou y López, 2005).

Uno de los retos de la integración escolar es el referido por Echeita (2006) que critica el nuevo modelo educativo al considerarlo básicamente asimilacionista. A pesar de que se permitía el ingreso de personas con necesidades educativas especiales a la escuela, se esperaba que se adaptaran a las pautas y valores culturales de la institución, sin un cambio sustancial en el sistema educativo. Esto resultaba en una mera integración física, sin verdadera participación ni apreciación por parte de la comunidad educativa.

No obstante, a pesar de los desafíos de la integración escolar, según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2020) la educación es esencial para construir sociedades inclusivas, pero los factores sociales, económicos y culturales pueden afectar su logro. Los grupos más desprotegidos a menudo son excluidos o expulsados del sistema educativo debido a la discriminación y otros obstáculos. La inclusión requiere que los sistemas educativos traten a todos los educandos con dignidad, superen las barreras y mejoren el aprendizaje, en lugar de etiquetar a los estudiantes y tratar de integrarlos uno por uno. Todos los educandos tienen identidades múltiples e interrelacionadas, y ninguna característica está asociada con una capacidad predeterminada de aprender. El reto de la inclusión es el mismo en todo el mundo, aunque los factores contextuales pueden variar.

En el contexto escolar a nivel internacional, existen programas educativos de salud mental y sensibilización como *Mental Health in Schools* en Reino Unido, este programa de intervención proporciona recursos y apoyo al personal de las escuelas, a las familias y al alumnado para abordar la salud mental (Freud, 2020). De la misma manera, *MindMatters* es un programa innovador de promoción de la salud mental a nivel nacional en las escuelas australianas, que persigue los siguientes objetivos: facilitar prácticas ejemplares en la promoción de enfoques integrales para la salud mental en las escuelas; desarrollar recursos educativos, planes de estudio y programas de

desarrollo profesional en salud mental adaptados a diversas escuelas, estudiantes y áreas de aprendizaje; probar pautas sobre salud mental y prevención del suicidio, y fomentar el desarrollo de asociaciones entre escuelas, familias y agencias de apoyo comunitario para promover el bienestar mental de los jóvenes (Wyn et al., 2000).

Así mismo, el programa de Primeros Auxilios de Salud Mental de Jóvenes para las Comunidades Hispanohablantes se dirige a familias, cuidadores, profesorado, personal escolar, compañeros, vecinos, trabajadores de la salud y de servicios humanos, así como a otros ciudadanos solidarios, para que puedan brindar ayuda a un adolescente (de 12 a 18 años) que esté enfrentando un problema o crisis relacionada con la salud mental. Los temas abordados incluyen la ansiedad, la depresión, el consumo de sustancias, los trastornos que pueden dar lugar a psicosis, los trastornos disruptivos del comportamiento (incluido el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) y los trastornos de la alimentación (National Council for Mental Wellbeing, 2024).

En España, la Asociación Centre d'Higiene Mental Les Corts, desde 2008, desarrolla el programa Espaijove.net, que se enfoca en la salud mental de la población juvenil y aquellos en contacto con ellos. Busca promover la salud mental, prevenir trastornos, eliminar el estigma y mejorar la búsqueda de ayuda en jóvenes escolarizados de 11 a 18 años, así como mejorar el conocimiento en salud mental, promover conductas saludables, disminuir conductas de riesgo, facilitar la detección temprana de trastornos mentales, orientar sobre recursos disponibles y disminuir el estigma. El programa, que ha recibido subvenciones para evaluar su efectividad mediante un ensayo controlado aleatorizado, es llevado a cabo por profesionales especializados que imparten talleres sobre emociones, habilidades sociales, conductas saludables, entre otros, con materiales educativos disponibles en catalán y español (Casañas et al., 2018).

La inclusión, según Parrilla (2002), se proyecta como un principio esencial en todos los aspectos de la vida, abarcando la educación, la sociedad, el ámbito laboral y la familia. Su consecución requiere la activa participación de la sociedad y sus instituciones. A diferencia de la integración, la inclusión se centra en resaltar la igualdad por encima de las diferencias y busca transformar el sistema educativo en su conjunto. La ética subyacente a la inclusión debe sustentarse en la igualdad de oportunidades para todos.

En cuanto a las dificultades derivadas del prejuicio social hacia las personas con EM, Alcaín et al. (2001) exponen que existen obstáculos importantes en su inclusión sociolaboral. Resalta que para que exista inclusión es necesario que tanto las personas con EM tengan la voluntad de ser acogidas como que la sociedad tenga la voluntad y los medios para integrarlas. Sin embargo, los hallazgos de este estudio revelan que la sociedad aún conserva una visión medieval en cuanto a la enfermedad mental y las personas consideradas locas. Además, se señala que la sociedad quizás no está debidamente preparada para abrazar la inclusión de manera plena.

En línea con este enfoque, las Naciones Unidas han implementado diversos programas para combatir el estigma en torno a la EM, tales como Salud Mental Global, el Día Mundial de la Salud Mental, Unidos por la Salud Mental Global y Expresa Tu Opinión. Estas iniciativas tienen como objetivo primordial catalizar cambios en las políticas, la financiación y la percepción social respecto a las personas que enfrentan enfermedades mentales. La promoción de la inclusión en estos programas contribuye a construir una sociedad más equitativa y comprensiva, alentando la participación activa y respetuosa de todos los individuos, independientemente de sus circunstancias de salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Tras explorar la lucha contra el estigma en torno a las personas con EM, se examinará la legislación que las ampara, pues se han promulgado leyes que han marcado un hito significativo en el reconocimiento y salvaguarda de estas personas.

1.2.4.4.3 Legislación sobre salud mental y derechos humanos

El progreso con relación a los derechos humanos en salud mental ha sido trascendental en la protección del bienestar y la dignidad de las personas con EM. En este análisis se explora la legislación más relevante en este campo, abordándolo en orden cronológico para comprender el impacto histórico y su contribución en la mejora de la calidad de vida de estas personas.

Según las Naciones Unidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) establece principios fundamentales que se aplican a todas las personas, incluidas aquellas con EM. Esta ley ha sido valiosa para garantizar los derechos y la dignidad de las personas con EM, al reconocer su igualdad inherente y la prohibición de discriminación. Además, ha servido como base para la elaboración de leyes y normativas específicas que protegen los derechos de las personas con enfermedades mentales. La Declaración de Derechos Humanos ha influido en la creación de marcos legales más inclusivos y respetuosos con la diversidad, respaldando así la participación activa y la plena integración de las personas con EM en la sociedad. En concordancia con estos planteamientos, la corriente de normalización e integración, respaldada por la Declaración de los Derechos Humanos (1948) de las Naciones Unidas, destaca el derecho universal a la educación sin distinciones. Este marco insta a los gobiernos a garantizar la gratuidad de la educación básica y obligatoriedad de la primaria, respaldando la integración educativa.

Otra ley que busca amparar y proteger a las personas con EM, es la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (1971). Proclama que las personas con EM deben gozar de los mismos derechos que los demás

seres humanos, incluyendo el derecho que tienen a la atención médica, la educación, la capacitación, el trabajo, la rehabilitación y la participación comunitaria. Tienen derecho a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil y se señala el derecho que tienen de participar dentro de las comunidades. Se recomienda que estas personas residan con su familia. En caso de que sea inevitable internarlas, deberá ser en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal. Se remarca que deben ser protegidos contra toda explotación y todo abuso o trato degradante.

En España, la Ley 14/1986, de 25 de abril, Código Integrado de Salud, sienta las bases para la organización del sistema sanitario, abordando específicamente cuestiones de salud mental, que contribuye a la universalidad, la equidad, la descentralización y la atención integral.

En Venezuela, en la Asamblea General de las Naciones Unidas (1990) en la Declaración de Caracas sobre la Atención de la Salud Mental se intenta proteger específicamente a las personas con EM, como un componente integral de la atención de salud universal. Adoptada durante la Conferencia sobre la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los sistemas de salud locales marcó un cambio significativo al incluir no solo a profesionales de la salud mental, como psiquiatras y psicólogos, sino también a parlamentarios, miembros de gabinetes de gobierno, juristas, usuarios y periodistas. La participación diversificada buscaba establecer alianzas estratégicas y sustantivas definiendo la reestructuración de la atención psiquiátrica como una transformación en los modelos sociales y culturales.

En esta conferencia se evaluó los avances en salud mental desde 1990 en la Región de las Américas y, como resultado, se elaboró el documento «Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas». La conferencia y la Declaración de Caracas

expresaron la preocupación por la situación crítica de los servicios de salud mental, abogando por un cambio radical hacia alternativas comunitarias y la atención centrada en la Atención Primaria. La Declaración de Caracas tuvo un valor simbólico y marcó un hito en el desarrollo de los sistemas de salud mental en el continente, respaldado por resoluciones posteriores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de La Salud (OMS). En este contexto, se destaca el compromiso continuo de los gobiernos hacia la reestructuración de los servicios de salud mental, subrayando la importancia de superar el estigma asociado y avanzar hacia modelos más inclusivos y comunitarios (OPS y OMS, 1990).

En la misma línea, el objetivo de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades ADA, 1990 es apoyar para que las personas que sufran alguna discapacidad tengan oportunidades de integrarse y participar plenamente dentro de la sociedad como, por ejemplo, que tengan acceso al empleo, a servicios e instalaciones públicas, y servicios de telecomunicaciones, entre otros. Esta ley desempeña un papel crucial al tratar y prohibir la discriminación contra las personas con EM en varios aspectos de la vida pública o privada. Esta ley determina que las personas con discapacidad no deben ser discriminadas en su lugar de trabajo debido a su condición médica. Las compañías deben proporcionar ajustes razonables (flexibilidad horaria, o cualquier otra medida) para que las personas en estas condiciones puedan realizar su trabajo de manera efectiva. Esta Ley promueve la inclusión y la accesibilidad en la sociedad, con el fin de disminuir el estigma asociado con las EM, por medio del respeto a los derechos fundamentales de todas las personas, independientemente de su condición de salud mental (U.S. Department of Justices, 1990).

De igual manera, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), adoptada por las Naciones Unidas (2006), ha tenido un impacto significativo en el reconocimiento y la protección sus derechos. Ante el conocimiento de que a menudo enfrentaban

estigma social, prejuicios y discriminación, la convención abordó estos temas. Sus leyes buscan asegurar que las personas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades. Con la implementación de la CDPD, las personas en esta situación han logrado:

- **Reconocimiento de la dignidad**, promoviendo un enfoque basado en los derechos humanos para abordar sus necesidades.
- **El derecho a la no discriminación** por motivos de discapacidad, lo que incluye a las personas con EM. Esto contribuye a combatir la estigmatización y la discriminación que históricamente han afectado a estas personas.
- **Acceso a la atención médica y servicios de salud mental**, lo que se respalda el acceso igualitario a servicios de salud sin discriminación. Esto es crucial para garantizar que las personas con EM reciban el tratamiento y el apoyo que necesitan.
- **Participación en la toma de decisiones** que afectan sus vidas, incluyendo a aquellas con enfermedad mental. Esto les otorga un papel más activo en la configuración de las políticas y prácticas que influyen en su bienestar.
- **Apoyo para la vida independiente** a través de diversas medidas como, por ejemplo, los servicios de apoyo comunitario que garanticen la plena participación en la sociedad.

En resumen, la CDPD ha contribuido a cambiar el panorama para las personas con EM al reconocer y afirmar sus derechos fundamentales, promoviendo la igualdad de oportunidades y combatiendo la discriminación. Estas medidas han llevado a un mayor respeto por su dignidad y autonomía a nivel mundial.

De igual manera en España, la Ley 33/2011, del 4 de octubre, General de Salud Pública, constituye un marco normativo esencial para la regulación de asuntos relacionados con la

promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, incluyendo la salud mental y reconociendo su importancia en el bienestar de la sociedad. Esta ley aborda los siguientes puntos:

Promoción de la Salud Mental a través de acciones destinadas a prevenir la EM, promover estilos de vida saludables y fomentar entornos que contribuyan al bienestar psicológico de la población.

Se establecen medidas específicas para la **Prevención, diagnóstico y Tratamiento de Trastornos Mentales** como, por ejemplo, los programas de detección temprana, acceso a servicios de salud mental y la implementación de estrategias para reducir el estigma asociado a las EM.

Participación Ciudadana en la toma de decisiones relacionadas con la salud y **Colaboración Intersectorial** entre distintos ámbitos (sanitario, educativo y laboral) para abordar integralmente los aspectos vinculados a la salud mental.

Garantiza la **Protección de Derechos** de las personas en el ámbito de la salud mental y su **Privacidad**, respetando la confidencialidad de la información médica y asegurando el respeto a la autonomía de los pacientes.

De forma reciente, en este mismo país, se publicó la Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias, cuyo objetivo principal es fortalecer y proteger tanto los derechos de los pacientes como los de los familiares. Busca regular las actuaciones públicas para la protección de la salud mental, garantizando acceso oportuno a servicios de calidad. Además, promueve un modelo de atención centrado en la recuperación e inclusión social y laboral, con participación activa de los usuarios y sus familias. Esta ley también aborda la lucha contra el estigma, la sensibilización sobre la EM, la prevención del suicidio y trastornos relacionados con las adicciones. Incluye medidas en formación, intervención en el sistema educativo y fomenta la investigación en salud mental para la planificación efectiva de

objetivos. En resumen, la ley busca promover una atención integral y respetuosa hacia las personas con problemas de salud mental y sus familias, abordando aspectos legales, acceso a servicios, inclusión social y concienciación pública.

En este capítulo, se han consultado algunas leyes destinadas a proteger a las personas con EM, destacando la importancia de estos marcos legales en la promoción de la igualdad, la no discriminación y el pleno ejercicio de los derechos fundamentales. Sin embargo, la eficacia de estas leyes también está intrínsecamente vinculada a la percepción social y al estigma asociado a la EM.

Este planteamiento conduce al próximo tema del apartado 1.3: los Modelos Teóricos del Estigma Social en el que se analizará desde diversas perspectivas teóricas el fenómeno del estigma de la EM. Los modelos teóricos examinados son: El Modelo del Contacto Social de Allport (1954), el Modelo del Estigma Social de Erving Goffman (1963), La Teoría del Etiquetado de la Enfermedad Mental de Scheff (1974), el modelo teórico de las Dimensiones del Estigma de Jones et al. (1984) y la Teoría Modificada de los Trastornos Mentales de Link et al. (1989). Estos modelos teóricos proporcionan una base sólida para analizar y comprender la complejidad del estigma social hacia las personas que sufren una EM en el contexto ecuatoriano. Abordando aspectos como el estigma, los prejuicios, los estereotipos y la discriminación. El análisis de estas teorías tiene como fin proporcionar un marco analítico sólido para interpretar los resultados obtenidos en el presente estudio en la muestra estudiada de ciudadanos ecuatorianos.

1.2.4.5 Instituciones y atención a la salud mental

En los Estados Unidos, los hospitales destinados al tratamiento de personas con EM presentaban deficiencias significativas. La mejora de estas instituciones fue un proceso arduo, marcado por calamidades sufridas por los pacientes y la aplicación de terapias inhumanas. Después

de la Segunda Guerra Mundial hubo un incremento dramático de personas con EM. En 1954, alcanzó su pico más alto con 530.000 pacientes y en 1940, Francia llegó a tener 110.000 pacientes internados en los manicomios. Psiquiatras que estuvieron en los campos de concentración nazis no fueron removidos de sus puestos durante la Liberación y fueron parte de la reorganización de la praxis psiquiátrica (Pérez y Peñaranda, 2017).

En el mismo período, se postulaba que la recuperación de las personas con EM era posible mediante su internamiento en hospitales con estructuras especialmente diseñadas. Este enfoque no solo se centraba en el tratamiento clínico, sino que también reconocía la importancia del ambiente físico en el proceso de curación. Los hospitales con el modelo Kirkbride buscaban la eficacia terapéutica y se esforzaban por crear ambientes que propiciaran el bienestar psicológico de los pacientes, considerando aspectos como la luminosidad, la ventilación y la disposición espacial. El modelo Kirkbride fue denunciado por prácticas hospitalarias deficientes, la falta de condiciones higiénicas adecuadas, la calidad deficiente de la comida y el maltrato sistemático de los enfermos, muchos de los cuales estaban encadenados. Estas denuncias fueron cruciales para impulsar cambios significativos en la atención de salud mental y la mejora de los hospitales psiquiátricos, promoviendo un enfoque más respetuoso (Pérez y Peñaranda, 2017).

En respuesta a la estigmatización de las personas con EM, críticas como las del sociólogo francés Foucault señalaron a los manicomios como instrumentos represivos utilizados por el estado y las clases dominantes con el propósito para controlar y marginar a aquellos que no se ajustaba a las normas sociales establecidas. Foucault argumentó que estas instituciones destruyeron la vida de la mayoría de las personas que ingresaron, contribuyendo a la cronificación de su enfermedad. Estas críticas al encierro como un medio terapéutico de sanación llevaron a un consenso

internacional en la década de los 60, para reintegrar a los pacientes a la comunidad, poniendo fin a un modelo terapéutico que había sido aplicado durante ciento cincuenta años (Sacristán, 2009).

1.2.4.6 Conclusión y transición

A lo largo de la Edad Contemporánea el trato a las personas con EM ha sufrido profundas transformaciones, al igual que, la comprensión y la cura de las enfermedades mentales. Los movimientos eugenésicos que promovieron la vulneración de los derechos humanos de estas personas, han constituido uno de los capítulos más oscuros de la salud mental. No obstante, el surgimiento de nuevos enfoques contemporáneos en la comprensión y cura de estas patologías han promovido una visión más humana e integral, basada en la inclusión social, el respeto a la dignidad de los pacientes y su autonomía. La lucha contra el estigma de la EM, ha impulsado la conquista de mejoras en los servicios de salud, el impulso de campañas de sensibilización y cambios legislativos que buscan garantizar el respeto de los derechos humanos y la plena integración social de las personas con EM.

A continuación, se aborda los principales modelos teóricos del estigma, que ayudarán en la comprensión de las bases conceptuales y los mecanismos que perpetúan los prejuicios, estereotipos y la discriminación de las personas con EM.

1.3 Modelos teóricos del estigma social y su aplicación en el estigma de la enfermedad mental

Este capítulo contribuye de manera directa y fundamental en el logro de los objetivos generales y específicos de la presente investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos”. El análisis de los modelos teóricos del estigma tiene como fin de lograr una comprensión integral del estigma de la EM, debido a que explican la aparición y persistencia de prejuicios, estereotipos y discriminación hacia las personas con EM, la

relación entre el contacto directo con personas con EM y el estigma. Finalmente, la comprensión del estigma hacia la EM desde diferentes modelos teóricos ayuda a sentar las bases en el diseño de intervenciones más efectivas y contextualizadas al ámbito ecuatoriano.

Diversos modelos teóricos han sido desarrollados con el propósito de abordar el fenómeno del estigma asociado a la EM. Estos enfoques incluyen el modelo sociológico, que dirige su atención hacia los aspectos sociales de la estigmatización; el modelo psicológico, que se centra en las características psicológicas y psicosociales vinculadas al estigma; y los modelos psicosociales, que se fundamentan en la investigación de los estereotipos, los prejuicios y la discriminación (Muñoz et al., 2009).

1.3.1 Modelo del contacto social de Allport (1954): Reducción del estigma mediante el contacto interpersonal

Allport (1954) centró su estudio en las relaciones intergrupales y en la reducción del prejuicio. Su teoría postula que el contacto social directo y positivo entre grupos de naturaleza diferente es un recurso que puede ayudar a reducir los estigmas sociales, la hostilidad y el prejuicio. Estos contactos pueden realizarse en contextos educativos, laborales o sociales, en donde las personas deben tener roles socialmente iguales, los grupos involucrados deben trabajar en metas compartidas, fomentando la cooperación en vez de la competencia.

Estos contactos positivos pueden cambiar las percepciones y actitudes hacia otros grupos, desafiando a los estereotipos y promoviendo una visión más precisa y equitativa de los demás. El reconocimiento de la individualidad de los otros grupos es un medio para superar las generalizaciones y las estigmatizaciones. No obstante, Allport subrayó que los contactos sociales negativos o el contacto superficial podía incluso aumentar los prejuicios entre grupos.

Los individuos no desarrollan prejuicios innatos; más bien, los heredan de sus familias, naciones, religiones, razas y tradiciones sociales. Estos prejuicios llevan a la difamación, evitación, discriminación, violencia y exterminio. En este sentido, se utiliza la difamación como un medio para compartir ideas y opiniones entre amigos. Sin embargo, en interacciones con personas desconocidas, pueden expresar su antagonismo de forma ocasional. Si el prejuicio es más intenso, se tiende a evitar activamente a los miembros del grupo que genera disgusto. Y la discriminación se manifiesta a través de acciones que perjudican a las víctimas en áreas como el empleo, la vivienda, los derechos políticos, las oportunidades educativas o recreativas, la religión, los hospitales u otros privilegios sociales. La segregación, una forma institucionalizada de discriminación, puede estar impuesta legalmente o arraigada en las costumbres.

Los prejuicios pueden desencadenar actos de violencia o semi-violencia, como los ataques físicos. Asimismo, también provocan acciones extremas como los linchamientos y/o pogromos¹¹. Un ejemplo de sus consecuencias se puede encontrar en el programa de genocidio hitleriano que muestra el grado más extremo de expresión violenta del prejuicio. Esta escala identifica la variedad de actividades que pueden surgir de creencias y actitudes prejuiciosas.

Allport (1954) presenta un ejemplo elocuente al analizar la retórica difamatoria empleada por Hitler contra los judíos para respaldar su teoría del prejuicio. Este discurso incendiario alimentó prejuicios negativos, marcando el primer paso en la escala de Allport que condujo a los alemanes a evitar a sus vecinos judíos y antiguos amigos, como ilustra la segunda fase la

¹¹ Masacre, aceptada o promovida por el poder, de judíos y, por ext., de otros grupos étnicos.

discriminación se puso en marcha con la promulgación de la ley discriminatoria de Núremberg en (1935), allanando el camino hacia la tercera fase, que implicó la posterior quema de sinagogas. Estos actos, simulados para que parecieran ataques callejeros naturales, representaron una transición en la gradual escalada de violencia. Este proceso culminó en la quinta fase: el exterminio sistemático de los judíos en los hornos de Auschwitz. Esta conexión entre la retórica difamatoria, el evitar a los demás, la discriminación y, finalmente, el exterminio, evidencia cómo las actitudes prejuiciosas, como las analizadas por Allport, pueden desencadenar una progresión de eventos violentos y extremos.

Finalmente, propone que se debe fomentar el contacto con los grupos estigmatizados, para que ese contacto sea efectivo para reducir el estigma debe tener 4 condiciones esenciales:

Igualdad de estatus: Cuando estos contactos se realicen, todas las personas que participan en estos grupos deben estar en una situación de igualdad de estatus, evitando jerarquías o desigualdades que puedan reforzar prejuicios.

Objetivos comunes: Estos contactos deben tener trabajos que tengan metas compartidas, que requieran un trabajo en equipo.

Cooperación intergrupar: Estos contactos deben tener bases de una cooperación genuina, evitando situaciones de competencia, lo que dará lugar a que se originen interacciones positivas.

Apoyo institucional: Estos contactos deben estar apoyadas por instituciones y autoridades que fomenten, apoyen y respalden el contacto social de estos grupos.

1.3.2 Modelo del estigma social de Goffman (1963): La construcción social de la identidad estigmatizada

Goffman (1963) define al estigma como una marca social. Señala que la sociedad ha desarrollado unos patrones, atributos y categorías para clasificar a sus miembros dentro de sus

normas sociales (identidad social virtual). Cuando las personas no se ajustan a lo establecido, las marca estigmatizándolas, desacreditándolas y otorgándoles un valor inferior dentro de su jerarquía social. La sociedad construye una teoría del estigma con el fin de dar explicación a la inferioridad de los estigmatizados y el peligro que representan. De esta manera, la sociedad deja de percibirlos como individuos completos y normales, relegándolos a la categoría de seres menospreciados.

Goffman identifica tres tipos de estigma:

1. Las abominaciones del cuerpo, es decir, las distintas deformidades del cuerpo;
2. Los defectos del carácter, como la falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas o falsas, y la deshonestidad; y
3. Los estigmas tribales: Características heredadas como la raza, la nación y la religión son transmitidos por herencia, lo que contamina a todos los miembros de la familia.

De acuerdo con Goffman el proceso de estigmatización se desarrolla en tres fases:

1. La categorización: La sociedad clasifica a ciertos individuos como poseedores de características (físicas, de carácter o asociadas a la pertenencia a grupos específicos) que los alejan de la norma social.
2. La separación, donde los individuos estigmatizados son distanciados de la norma social. Esto puede manifestarse a través de la exclusión social, la discriminación o la marginalización.
- 3, La desvalorización, donde los individuos estigmatizados experimentan la reducción de su valía social.

Además, Goffman describe los efectos que el estigma puede causar en la vida del las personas estigmatizadas. A nivel psicológico y social, estas personas experimentan la identidad deteriorada, significando la internalización de las percepciones sociales negativas, la auto-estigmatización y la pérdida de oportunidades sociales y económicas. Este proceso puede llevar a

la formación de identidades alternativas para protegerse del estigma y utilizar estrategias como el «manejo de impresiones» para gestionar su identidad en situaciones sociales. Esto implica el control de la información que revelan, la adaptación de su comportamiento y la gestión de la percepción de los demás para minimizar el impacto del estigma. A su vez, puede llevar a la reproducción social del estigma, pues las actitudes estigmatizantes se transmiten a través de normas sociales, instituciones y estructuras sociales, perpetuando así el ciclo del estigma.

Por lo que, en su modelo teórico, relaciona la identidad social y el estigma, pues las personas estigmatizadas están fuertemente influenciadas por la manera en la que manejan su estigma y desarrollan una creencia dual, puesto que creen que sus fallos son conocidos o evidentes (desacreditado) y su calidad de diferente no es conocida ni perceptible (desacreditable). Estas personas pueden llegar a odiarse y a agraviarse a sí mismas a causa de sus diferencias.

El modelo de Goffman describe las formas en que las personas gestionan la carga del estigma social. Cuando las personas discriminadas tratan de defenderse, la sociedad lo interpreta como una directa expresión de sus defectos y tiende a justificar su trato discriminatorio. Las víctimas reaccionan ante esto de diferentes maneras:

1. **La corrección directa de sus deficiencias:** aunque esto conlleve riesgos para ellos (por ejemplo, el caso de una persona físicamente deformada que recurre a una cirugía plástica).
2. **El ajuste compensatorio:** busca emprender acciones fuera de su alcance como forma de sobrellevar sus limitaciones.
3. **La resignación pasiva:** aceptando sus padecimientos y limitaciones sin intentar modificarlos.

Los efectos psicosociales del estigma en las interacciones que realizan las personas estigmatizadas les ocasionan una inseguridad doble, cómo serán identificados y cómo serán tratados, situación estresante que tienen que enfrentar siempre. La sociedad los ha categorizado como inferiores, todo esto les trae vergüenza, inseguridad, y aislamiento, y pueden llegar a sentirse en contactos sociales en exhibición. Existe una discrepancia entre su identidad virtual (la otorgada por la sociedad) y la identidad real del individuo que lo daña, lo aísla de la sociedad y de sí mismo frente a un mundo que no lo acepta. Los atributos negativos con que la sociedad marca a las personas estigmatizadas pueden convertirlos en un estereotipo, teniendo que representar el papel de estigmatizado en casi todas las situaciones sociales que le toque vivir, colocándolos en una situación de inferioridad frente al resto de las personas.

El estigma social no solo implica la marginalización externa de ciertos individuos, sino que también genera consecuencias internas significativas, siendo uno de los resultados más notables el impacto adverso en la autoestima y la autoimagen de las personas afectadas. Goffman, en su análisis profundo del estigma, introduce el concepto de “identidad deteriorada” para explicar cómo la percepción negativa por parte de la sociedad puede erosionar la autoimagen y la esencia misma de quienes se encuentran en situaciones de estigmatización. Este fenómeno complejo se manifiesta como la consecuencia de un proceso continuo de descalificación social, que se lleva a cabo mediante la aplicación de etiquetas negativas y estereotipos, que termina moldeando la identidad de los estigmatizados de manera perjudicial y afectando a su autoimagen, en la cual la autoestima se ve socavada.

Para combatir el estigma, Goffman propone algunas estrategias como el control de la información, la normalización de las características estigmatizadas, la construcción de identidades

alternativas, la participación en movimientos de cambio social y la educación y sensibilización, que, se detallan a continuación:

El control de la información: Las personas estigmatizadas pueden elegir cuidadosamente qué aspectos de su identidad comparten con los demás, gestionando así la manera en que son percibidas. Esta acción puede ser crucial para evitar la estigmatización social innecesaria y permitir que la persona gestione su identidad de manera más positiva.

Visibilización y normalización de las características estigmatizadas: Se debe presentar las características de las personas como parte de la diversidad humana, desafiando las ideas preconcebidas y los estereotipos con el fin de cambiar la forma en que la sociedad las percibe, tratando de lograr que sean más aceptadas por todos.

La construcción de identidades alternativas: La creación de narrativas que desafíen las percepciones estigmatizadas. Los individuos estigmatizados pueden destacar aspectos de su identidad que van más allá de la característica estigmatizada, mostrando dimensiones positivas y diversas de su ser. Al enfocarse en sus habilidades, logros y aspectos positivos, buscan cambiar la narrativa predominante y desafiar estereotipos perjudiciales.

Intervención en el nivel estructural en la participación en Movimientos de Cambio Social: es una estrategia poderosa para combatir el estigma. Al unirse a otros individuos o grupos que comparten experiencias similares, las personas estigmatizadas pueden abogar por la igualdad, la comprensión y el cambio de las actitudes sociales. Esta participación colectiva puede tener un impacto más poderoso en la reducción del estigma dentro de la sociedad.

La educación y sensibilización: Constituyen herramientas clave para la reducción del estigma. Goffman sugiere que proporcionar información precisa sobre la condición estigmatizada,

así como sensibilizar a la sociedad sobre los desafíos y la humanidad de las personas afectadas, puede contribuir a cambiar actitudes y reducir el estigma.

El Modelo de Estigma Social de Erving Goffman (1963) explora cómo la sociedad clasifica y margina a ciertos individuos, y cómo estos manejan y responden a su estigma. Destaca los efectos psicosociales del estigma y la interacción entre la identidad social y personal, mostrando la necesidad de empatía y cambios en las normas sociales para combatir la discriminación y la exclusión.

1.3.3 Teoría del etiquetado de la enfermedad mental de Scheff (1974): El origen sociocultural del estigma

La teoría del desorden de la enfermedad mental de Scheff (1974) analiza cómo la sociedad etiqueta y reacciona ante las personas con enfermedades mentales, afirmando que estas enfermedades son vistas como violaciones a las normas sociales.

La desviación y el etiquetado son partes fundamentales de su teoría. En su análisis del proceso de etiquetado, remarca que cuando una persona es percibida socialmente como desviados o anormales, se las señala como locos o perturbados. La EM se percibe como una etiqueta que se asigna a aquellos cuyo comportamiento se aparta de las pautas sociales aceptadas, transformándose así en una forma de desviación social, por lo tanto, es una característica de la respuesta del grupo a una determinada acción. Las patologías psiquiátricas graves son un rol social, y es la reacción de la sociedad el determinante en la adquisición de ese papel. Convirtiéndose en personas desviadas a los que se les ha puesto una etiqueta. En la antigüedad los actos que rompían las normas sociales se atribuían a la brujería, la posesión diabólica, en la actualidad se categoriza en gran medida a la enfermedad mental. En el contexto social, Scheff distingue entre la desviación primaria, que se refiere a la acción en sí misma, y la desviación secundaria, que emerge cuando la sociedad etiqueta

y estigmatiza a los individuos. Una vez que se aplica la etiqueta de enfermo mental, conlleva respuestas predecibles por parte de la sociedad, generalmente marcadas por una connotación negativa. Esto afecta la identidad de la persona y cómo es percibida.

En el proceso de Etiquetado, las reacciones sociales que enfrentan estas personas desencadenan la estigmatización y la discriminación. Las personas etiquetadas son percibidas como diferentes, peligrosas o incapaces, lo que resulta en el rechazo social, la marginación y la pérdida de oportunidades. Su teoría señala la contribución de los medios de comunicación al asociar a las personas con EM con delitos violentos, perpetuando estereotipos perjudiciales.

El etiquetado de EM puede impactar en las relaciones personales, la familia, amigos y colegas, reaccionando de diversas maneras y surgiendo cambios en las dinámicas familiares, relaciones interpersonales, así como en la interacción en el ámbito laboral. Algunas personas pueden volverse más comprensivas, mientras que otras podrían distanciarse. Por lo que las personas con EM pueden tener obstáculos para conseguir empleo, participar en actividades comunitarias y establecer relaciones interpersonales significativas, generando así un aumento en el aislamiento social que enfrentan estas personas.

La Teoría de Scheff analiza las consecuencias institucionales del etiquetado, remarca la medicalización de ciertos comportamientos y el ingreso de individuos a los hospitales psiquiátricos. La percepción Pública de la EM está influida por los estereotipos y prejuicios arraigados, perpetuando ideas erróneas y contribuyendo a la estigmatización. En este ámbito destaca que la hospitalización refuerza este rol social, forzando a la persona a aceptar esta etiqueta como parte fundamental de su autopercepción. La internación por un trastorno mental no solo etiqueta públicamente a la persona, sino que también la integra en un grupo social desviado. Esta

dinámica de etiquetado y reacción social es determinante para la entrada de un individuo en el rol crónico de enfermo mental.

Su modelo plantea la cuestión de la legalidad de los internamientos en los hospitales psiquiátricos. En su análisis, demuestra que los estatutos legales varían de un estado a otro en los Estados Unidos, y las leyes en las que se fundamentan son vagas, generales y ambiguas. Algunos estudios han llegado a la conclusión de que la presencia de un abogado que represente al paciente en las audiencias de admisión reduce la probabilidad de reclusión en los hospitales. Otros indican que las características sociales del paciente influyen en el impacto de las reacciones sociales, independientemente de la condición psiquiátrica. Subraya que las personas con menos recursos económicos tienden a llevar estas etiquetas y diagnósticos por un período más prolongado que aquellas con solvencia económica (Scheff, 1974).

Finalmente, en su obra Scheff (1974) plantea para combatir el estigma:

Evitar juicios prematuros e innecesarios: Algunos comportamientos pueden ser malinterpretados como síntomas de una EM sin una base sólida. Se debe evitar etiquetar a las personas innecesariamente y permitir que las personas manejen sus comportamientos sin presionarlas para que se ajuste a un rol. Esta actitud comprensiva y empática podría ayudar a reducir el estigma.

Sensibilización y educación social: Se debe educar a la sociedad para que comprenda el comportamiento que ha sido etiquetado a las personas con EM. La educación social en cuanto a las enfermedades mentales puede ayudar a reducir la discriminación y el rechazo social hacia las personas con enfermedades mentales.

Desarrollar medios de apoyo y mejora en lugar del aislamiento: Todos los tratamientos deben estar orientados a la integración social de las personas en vez de recluirlas, aislándolas

socialmente, lo que puede ayudarlas a superar los etiquetados negativos y fomentar su integración social en sus comunidades.

Cambios en las prácticas institucionales: Se debe revisar las prácticas institucionales como los hospitales, lugares de educación, lugares de trabajo, de modo que se minimice el uso de etiquetas que puedan limitar las oportunidades de las personas que sufren una enfermedad mental. Mediante la promoción de políticas y prácticas inclusivas que reconozcan y respeten las capacidades diversas e individuales sin reducir el valor de las personas mediante el etiquetado diagnóstico de las enfermedades mentales. Scheff (1974) invita a la sociedad a reconocer a las personas más allá de las etiquetas.

En el contexto de la legalidad de los internamientos en hospitales psiquiátricos, Scheff utiliza como ejemplo un estudio significativo realizado por Rosenhan en el año 1973, que refuerza las preocupaciones sobre la evaluación y etiquetado psiquiátrico. En este estudio, ocho personas sin EM simulaban síntomas psicóticos en entrevistas de admisión, cesando de inmediato después de ser admitidas. A pesar de que demostraron públicamente su cordura, los pseudo-pacientes fueron diagnosticados erróneamente como esquizofrénicos, lo que ilustra cómo estas etiquetas persisten incluso cuando la realidad contradice la evaluación psiquiátrica. Esta investigación subraya las complejidades y posibles injusticias en el sistema de atención psiquiátrica, especialmente en relación con la permanencia de las etiquetas diagnósticas, un aspecto que ha sido vinculado con factores socioeconómicos (Scheff, 1974).

En el proceso de etiquetado, Scheff analiza cómo las interacciones sociales negativas afectan la percepción que las personas con enfermedades mentales tienen de sí mismas y su autoimagen. La aceptación o rechazo de la etiqueta puede influir en la forma en que la persona se ve a sí misma en relación con los demás, moldeando su identidad y su sentido de pertenencia. Las

personas que enfrentan este estigma social tienden a internalizar estas imágenes estereotipadas. Estas representaciones surgen a través de interacciones sociales cotidianas, donde se utilizan términos como loco o perturbado. Estas respuestas sociales ejercen una presión significativa sobre el individuo, llevándolo a interiorizar este rol específico, adoptando la identidad del loco, el enfermo mental impactando negativamente su autoestima. Además, la cronicidad asociada con las EM se deriva de este proceso, en el cual la asunción continua de este papel afecta gravemente la EM.

En conjunto, las reacciones sociales son un aspecto clave en la Teoría del Etiquetado de la Enfermedad Mental, ya que destacan cómo la etiqueta afecta las interacciones diarias y la calidad de vida de la persona afectada. Estas reacciones tienen implicaciones relevantes para la salud mental, la autoimagen y la participación social de aquellos que son etiquetados como enfermos mentales.

1.3.4 Modelo de las dimensiones del estigma de Jones et al. (1984): Factores estructurales del estigma

El Modelo Teórico de las Dimensiones del Estigma, propuesto por Jones et al. (1984), adopta un enfoque socio psicológico para examinar las dinámicas de las interacciones sociales y las relaciones interpersonales entre aquellos marcados por la sociedad y quienes se consideran normales. En sintonía con la perspectiva de Goffman, este modelo utiliza el término «marca» para describir las diferencias existentes entre diversos grupos estigmatizados, como personas con EM, antecedentes penales o discapacidades.

La teoría de Jones et al. (1984) aborda la dinámica de la sociedad en relación con el estigma al destacar la transmisión y el uso de categorizaciones estigmatizantes como herramientas empleadas para preservar la jerarquía social existente. Este mecanismo revela cómo la sociedad

estructura y mantiene su orden, recurriendo a la asignación de estereotipos negativos a aquellos individuos percibidos como desviados o marginales.

En este proceso, los estereotipos negativos se vuelven un elemento central, ya que funcionan como constructos culturales que influyen significativamente en la percepción y tratamiento de aquellos que son etiquetados como diferentes. Estos estereotipos no solo reflejan actitudes colectivas arraigadas, sino que también actúan como mecanismos que refuerzan la distancia social y la discriminación.

El Modelo Teórico de las Dimensiones del Estigma va más allá al ofrecer una visión profunda de la complejidad del estigma al atribuirle dimensiones fundamentales. Al identificar y desglosar estas dimensiones, la teoría proporciona un marco analítico que permite comprender mejor cómo se manifiesta y se percibe el estigma en diversas situaciones sociales. Este enfoque no solo reconoce la presencia del estigma, sino que también explora sus raíces culturales y sociales, destacando su naturaleza multifacética.

Al asignar dimensiones al estigma, esta teoría no solo ayuda a entender sus manifestaciones superficiales, sino que también arroja luz sobre los procesos subyacentes que contribuyen a la perpetuación de actitudes estigmatizantes. Esto proporciona una base sólida para abordar no solo las manifestaciones externas del estigma, sino también sus raíces más profundas en la sociedad, permitiendo así la formulación de estrategias más efectivas para mitigar su impacto y promover una mayor comprensión y aceptación social.

Jones et al. (1984) analizan cómo se forma el estigma y se manifiesta en las relaciones sociales. Su modelo identifica seis dimensiones del estigma. **1 Visibilidad:** Este aspecto evalúa la facilidad con la que una característica estigmatizada puede ser fácilmente perceptible para los

demás, lo que da lugar a que la persona sea juzgada y discriminada. Destacando la importancia de cómo la presencia o ausencia de visibilidad puede afectar la experiencia de quienes llevan la marca.

2 El curso del estigma: Al profundizar en el concepto del curso y la dirección de la marca, los investigadores del estudio exploran la naturaleza y dirección del estigma. Analizan no solo la manifestación superficial de la marca, sino también su trayectoria a lo largo del tiempo.

Este enfoque integral implica examinar cómo se desarrolla el estigma, desde su origen hasta su evolución en diferentes contextos. La dirección se refiere a cómo se proyecta el estigma, ya sea hacia el individuo afectado o hacia la percepción de la sociedad. Además, se investiga cómo la naturaleza del estigma influye en la forma en que se percibe, comprende y responde a nivel individual y social.

3. La perturbación estética: Otra dimensión crucial es el nivel de disrupción que ocasiona la marca, examinando el impacto disruptivo que esta puede tener en la vida diaria y en las interacciones sociales. Asimismo, se aborda el impacto estético, explorando las reacciones subjetivas ante la falta de atractivo asociada con la marca, contemplando aspectos estéticos.

4. El origen de la marca: Clasifican la causa del estigma considerando si es congénita, si es percibida como culpa de la persona, si es intencional o accidental. Esta clasificación ofrece percepciones valiosas sobre el contexto de la estigmatización y cómo se percibe la marca en función de su origen. Además, se examina el peligro percibido que originan las marcas, teniendo en cuenta la percepción de peligro asociada con estas y cómo influye en la dinámica de interacción social. **5. Peligrosidad:** La teoría evalúa si la característica estigmatizada se percibe como peligrosa o amenazante lo que da lugar a actitudes de miedo y rechazo. **6. Permeabilidad:** Se analiza si la característica estigmatizada define completamente a la persona o si tiene otros rasgos positivos.

Este enfoque teórico resalta las consecuencias negativas del estigma social en el autoconcepto y el sufrimiento psicológico de las personas marcadas.

***1.3.5 Teoría modificada del estigma de la enfermedad mental de Link et al. (1989):
Consecuencias sociales y personales del estigma hacia la EM***

Link et al. (1989) afirman que si bien el etiquetado no produce directamente una EM puede conducir a efectos nocivos en la vida de las personas. Este enfoque se centra en analizar las consecuencias del etiquetado en lugar de investigar los factores que lo producen. Los componentes de la teoría del etiquetado modificada son los siguientes:

1. Creencias sobre la devaluación y la discriminación: Tanto las personas afectadas por EM como la sociedad en su conjunto incorporan las concepciones sociales asociadas con la etiqueta de enfermo mental. Ambos grupos comparten arraigadas creencias que giran en torno a la idea de que la mayoría de las personas tiende a menospreciar y discriminar a aquellos que enfrentan condiciones de salud mental. Estas concepciones abarcan dos elementos fundamentales: en primer lugar, la percepción de hasta qué punto las personas creen que los pacientes mentales serán devaluados; y, en segundo lugar, la percepción de hasta qué punto anticipan que los pacientes serán objeto de discriminación.

Estas expectativas de rechazo hacia los pacientes de EM se originan en procesos de socialización y en el contexto cultural. Este fenómeno refleja la manera en que las actitudes sociales y las normas culturales desempeñan un papel preponderante en la formación de percepciones y expectativas en torno a la salud mental, trascendiendo así las características puramente médicas o patológicas. Por consiguiente, la expectativa es que tanto los pacientes como aquellos que no padecen trastornos mentales compartan la creencia de que la mayoría de las personas desvaloriza y discrimina a los individuos con problemas mentales.

2. El acto de etiquetar oficialmente a individuos con trastornos mentales durante tratamientos médicos adquiere una importancia crucial en términos de la actitud que la comunidad adoptará hacia ellos. Para quienes enfrentan estas etiquetas, la estigmatización se percibe como una amenaza latente, desencadenando diversas respuestas. Entre las reacciones comunes, se destaca la tendencia a ocultar su historial de tratamiento a empleadores, familiares o posibles parejas para evitar el temido rechazo social. Esta medida de ocultamiento revela la percepción de los pacientes sobre las posibles consecuencias negativas que la estigmatización podría tener en sus vidas laborales, familiares o amorosas.

Otra respuesta ante la amenaza del estigma implica limitar o incluso evitar los contactos sociales, una estrategia adoptada para eludir situaciones de rechazo que podrían surgir debido a la percepción estigmatizante vinculada a su salud mental. Este aislamiento social se convierte en una forma de autoprotección ante las posibles reacciones negativas de la comunidad.

Un tercer tipo de respuesta implica el esfuerzo consciente por parte de algunos pacientes para concienciar y sensibilizar a la sociedad, con la esperanza de contrarrestar actitudes negativas relacionadas con el estigma de la enfermedad mental. Aquí, la iniciativa de educar a otros sugiere que los pacientes no solo anticipan la estigmatización, sino que también buscan activamente cambiar percepciones y reducir prejuicios.

Esta conexión entre el etiquetado oficial durante tratamientos y las diversas reacciones ante el estigma subraya la complejidad de los impactos sociales y psicológicos asociados con la identificación pública de trastornos mentales. Estas respuestas ilustran cómo el estigma no solo influye en la percepción externa, sino que también moldea las estrategias de afrontamiento y la auto percepción de aquellos que llevan consigo la etiqueta de enfermo mental.

3. El estigma en la vida de los pacientes puede llevar a actitudes de rechazo por parte de la comunidad, o que la propia persona trate de protegerse a sí mismo aislándose. Si bien la adopción de esta medida puede proteger a la persona etiquetada, también pueden limitar sus oportunidades de vida. Por ejemplo, la abstinencia puede conducir a redes sociales más restringidas y menos intentos de buscar trabajos más satisfactorios y mejor pagados.

4. Las consecuencias del etiquetado y del estigma se plantea como posibles desencadenantes de consecuencias adversas que podrían exponer a los individuos con EM a un mayor riesgo de recurrencia o prolongación de los trastornos, incluso aquellos originados por causas distintas. Esta teoría subraya la significativa influencia que el etiquetado y el estigma pueden ejercer en la vida de las personas que lidian con la EM, desafiando la percepción de que estos factores podrían considerarse insignificantes.

Al ser etiquetados y estigmatizados, los pacientes mentales se encuentran en una posición vulnerable, donde la carga adicional de la estigmatización podría contribuir a la exacerbación de sus desafíos de salud mental. La etiqueta de enfermo mental no solo influye en la percepción que la sociedad tiene de ellos, sino que también pueden internalizarlo, afectando la autoimagen y contribuyendo a una mayor vulnerabilidad psicológica.

La posible conexión entre el estigma y la predisposición a futuros desórdenes plantea la importancia de abordar no solo los síntomas clínicos, sino también los aspectos sociales y psicosociales de la enfermedad mental. En este sentido, la creación de intervenciones y políticas que desafíen y mitiguen el estigma es esencial para reducir la vulnerabilidad y mejorar el bienestar a largo plazo de las personas con EM.

Para disminuir el estigma hacia las personas que sufren EM Link et al. (1989) propone lo siguiente:

Intervenciones Psicoeducativas: La educación y sensibilización debe ser tanto a las personas con EM como a la sociedad en general en cuanto a la naturaleza de estas patologías, remarcando que estas enfermedades no con una muestra de debilidad personal o una condición permanente o inalterable. La promoción de una comprensión más acertada científicamente y menos prejuiciosa puede ayudar a reducir el estigma.

Reducir la exposición al etiquetado: Evitar el uso de términos o etiquetas que estigmaticen en todos los ámbitos, especialmente proponen a los profesionales de salud mental que se sensibilicen en cuanto al uso del etiquetado y busquen alternativas que ayuden a minimizar el impacto de la identificación de la persona con su enfermedad.

Fortalecimiento de Redes de Apoyo: Fomentar el fortalecimiento de las diferentes redes de apoyo: familia, amigos, grupos pares que puedan ayudar a estas personas a sentirse integradas, aceptadas y apoyadas puede ayudar a contrarrestar la tendencia al autoestigma.

Fomentar la experiencia de contacto positivo con personas con EM: El contacto positivo con estas personas con EM puede ser una herramienta poderosa en la reducción del estigma hacia la EM, al proporcionar a la sociedad experiencias directas que cuestionen los prejuicios, los estereotipos y las actitudes discriminatorias hacia estas personas.

Esta perspectiva destaca la necesidad de un enfoque integral en el tratamiento y apoyo a las personas con trastornos mentales, reconociendo la conexión entre los aspectos clínicos y sociales para abordar de manera más efectiva los desafíos asociados con la salud mental.

Se han analizado los principales modelos teóricos del estigma social con el fin de comprender mejor este fenómeno, identificar los factores principales que lo rodean, y como una herramienta que facilite nuestra investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos”.

En el cuarto capítulo, se examinará el panorama actual de los estudios científicos publicados acerca de la EM y el estigma social, tratando de arrojar luz sobre este fenómeno y proporcionando una comprensión más sólida de sus implicaciones para aquellas personas que experimentan EM.

1.4. Revisión de estudios científicos acerca de la enfermedad mental y el estigma social: evidencia internacional aplicable a Ecuador

La revisión de estudios científicos sobre la EM y el estigma social con énfasis en evidencia internacional aplicable a Ecuador, fortalece y fundamenta los objetivos de la investigación. Permite contrastar los prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias encontrados en la muestra ecuatoriana (objetivo 1), sustenta las estrategias de intervención (objetivo 4), analiza el impacto del contacto o no con personas con EM (objetivo 3) y complementa el análisis histórico-cultural del estigma (objetivo 2). Además, brinda una base teórica y empírica para contextualizar el fenómeno en el país, identificar las buenas prácticas adaptables y proponer acciones educativas comunitarias pertinentes.

Finalmente, este análisis proporciona los marcos teóricos y metodológicos esenciales para diseñar los instrumentos de medición adecuados, interpretar los resultados obtenidos de la muestra participante en el estudio, contribuyendo a la construcción de un cuerpo de conocimientos que puede facilitar la formulación de propuestas en el impulso de cambios positivos en la percepción y la respuesta social frente a la EM dentro del contexto ecuatoriano, con el fin de llevar a cabo este objetivo contemplado en el estudio.

1.4.1. Inicio de las Investigaciones (1940 – 1960): Bases históricas y teóricas

En 1940, se comenzó a evaluar el nivel de disposición de la sociedad hacia las personas con EM, mediante la utilización de encuestas y entrevistas. Estos instrumentos se estructuraron en

torno a preguntas relacionadas con el grado de conocimiento acerca de la enfermedad, las actitudes, los sentimientos, conocimientos acerca del origen y las distancias sociales. En esencia, la metodología se centró en recopilar datos cuantificables y cualitativos que permitieran comprender la percepción y actitudes de la sociedad hacia las personas afectadas con problemas de salud mental.

Ramsey y Seipp en el año 1948 llevaron a cabo un estudio en Trenton, Nueva Jersey, con el propósito de investigar las causas asociadas a la EM. La muestra del estudio consistió en un grupo de 345 personas pertenecientes a la población urbana, los datos fueron relacionados según la edad, sexo, raza, afiliación religiosa, nivel educativo y clase ocupacional. El método de recopilación de datos fue un cuestionario estandarizado de seis preguntas. Los resultados del estudio revelaron que la mayoría de los encuestados, con un alto nivel de educación, creían que las dificultades emocionales era una causa de la EM. Las personas con un nivel de educación más bajo señalaron factores ambientales y conductuales como el alcoholismo, el exceso en la alimentación y el trabajo como origen de esta enfermedad. El 92% de los encuestados consideró que los tratamientos para estas patologías pueden ser de gran ayuda y la mayoría no asoció el pecado con la locura (U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1963).

En 1950, se hicieron una mayor cantidad de estudios acerca de la EM, los profesionales de la salud mental estaban profundamente preocupados por la falta de habilidad del público para identificarlas. Durante esta década, se mejoró la concienciación de la sociedad respecto a estas dolencias, gracias a la difusión mediática y la integración de contenidos académicos en las universidades. Además, se han unido iniciativas políticas a nivel local y estatal en los Estados Unidos, contribuyendo de manera conjunta a la promoción de la educación sobre este tema.

La investigación de Star (1955), en el Centro de Investigación Nacional de Opiniones, perteneciente a la Universidad de Chicago, la Asociación Nacional para Enfermedades Mentales, y el Instituto de Salud Mental de Estados Unidos publicaron un informe preliminar de un estudio que les llevó cinco años y que contó con una muestra de 3.500 personas de todos los estados de Estados Unidos; el método de recopilación de datos fueron entrevistas de una hora y media de duración. Este estudio tuvo dos objetivos: el primero, describir en detalle las ideas acerca de las EM que tenía los participantes y el segundo, explicar si las EM podían tratarse. Los resultados de la investigación evidenciaron que se carecía de instalaciones y de profesionales médicos para proporcionar el tratamiento necesario, además de que las personas con EM parecían no buscar atención a tiempo.

Otro resultado que se encontró fue la asociación de la atención psiquiátrica privada con un estatus de clase socioeconómica más alta. Cuando se pidió a los entrevistados que describieran el significado de EM, aparecieron muchas contradicciones. La mayoría diferenció entre «locura», entendiéndola como un comportamiento violento e impredecible, y «enfermedades nerviosas», comprendiéndola como una amplia gama de trastornos de la personalidad, e incluyó ambas bajo el título de EM. Los participantes de la encuesta concebían la EM como la disminución de la racionalidad y el autocontrol, aspectos que interpretaban como un fenómeno sumamente amenazante.

Este estudio demostró que los participantes que estaban familiarizados con casos cercanos de personas con EM poseían un conocimiento más preciso sobre esta enfermedad y mostraron una mayor apreciación hacia los médicos de atención primaria en comparación con los especializados en salud mental. Además, se observó una percepción negativa hacia los métodos de tratamiento y las instituciones de salud mental Star (1955).

En la misma línea, Nunnally (1961) realizó otro estudio en el Instituto de Investigaciones en Comunicaciones de la Universidad de Illinois, financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, cuyo propósito residía en determinar el grado de conocimiento que la población estadounidense tenía acerca de la EM. Con este fin, se analizaron sus actitudes y los tratamientos de EM, así como la manera en que los medios de comunicación informan sobre estas enfermedades. Para ello, los datos se recolectaron a través cuestionarios preliminares y finales, de carácter anónimo, siguiendo una escala psicométrica tipo Likert.

Los resultados de la investigación evidenciaron que la población con un alto nivel de educación estaba desinformada, tenía ideas equivocadas y confusas sobre la EM. El estudio de las actitudes demostró que existía un fuerte estigma generalizado en los grupos estudiados, describiendo estas enfermedades como algo malo, sucio e indigno. En este sentido, las personas no se sentían cómodas en la presencia de personas con EM.

En relación con la percepción de los profesionales de la salud mental, así como sus opiniones sobre tratamientos y el personal sanitario, los hallazgos del estudio indicaron una actitud generalmente favorable en el grupo de muestra. En cuanto a los medios de comunicación, los resultados de la investigación sugirieron desinformación y dramatización hacia este fenómeno, suministrando información errónea y presentando las EM en contextos de horror, violencia y pecado (Nunnally, 1961).

Los resultados del estudio evidenciaron que las variables de educación, ingresos económicos, edad, raza, sexo, zona urbana, zona rural no mostraron una correlación significativa en el reconocimiento de los casos de EM. La mayoría de los participantes en el estudio estuvieron de acuerdo en que las personas podían recuperarse de esta enfermedad. Además, el 50% de los encuestados manifestó que podría tener una relación de pareja con personas con EM, un 50%

expresó disposición para convivir con ellos, el 81% no tendría problema en trabajar con estos individuos; y el 62% no estuvo de acuerdo en que todas las personas que tienen estas dolencias sean peligrosas. Los investigadores concluyeron que las percepciones hacia las enfermedades mentales estaban cambiando de manera positiva (Halpert, 1963).

En otro estudio realizado por Lemaku y Crocetti (1960), las autoridades de salud de Baltimore (Estados Unidos) hicieron una investigación previa antes de comenzar un plan para brindar servicios de emergencia y atención domiciliaria a pacientes psiquiátricos, cuyo éxito dependería en gran medida de la aceptación de la comunidad. Para ello, realizaron entrevistas y se administró un cuestionario a personas de un grupo socioeconómico relativamente bajo, la edad promedio de los encuestados fue de 30 años y la educación promedio que tenían era 9,7 años de escolaridad formal. Los resultados reflejaron que la muestra estudiada identificó correctamente las conductas asociadas a las EM.

En la misma época 1960, los estudios acerca del estigma de la EM se clasificaron en dos categorías:

1. Los investigadores que se sentían optimistas acerca del mejoramiento de las actitudes y la gran voluntad del público de aceptar los conceptos de estas enfermedades dados por los movimientos de especialistas en enfermedades mentales.
2. Los investigadores que no eran optimistas acerca de esta percepción social hacia estas patologías. Lógicamente, estos dos puntos de vista contrapuestos dieron diferentes resultados a la hora de presentar sus investigaciones (Rabkin, 1974).

Los comienzos de las investigaciones sobre la enfermedad mental y el estigma, entre 1940 y 1960, sentaron las bases para entender cómo las percepciones y actitudes sociales influyen en la vida de las personas con trastornos mentales. Estos estudios iniciales destacaron la importancia de

abordar no solo los aspectos médicos, sino también los sociales y psicológicos del estigma, subrayando la necesidad de un enfoque más inclusivo y comprensivo en el tratamiento y la integración de quienes sufren enfermedades mentales.

1.4.2. Consolidación de estudios internacionales del estigma (1970 – actualidad): Concepciones clásicas, desarrollos contemporáneos, metodologías, hallazgos relevantes y enfoques en políticas de inclusión.

El estudio de Link et al. (1989), desarrollo el concepto del “comportamiento anticipatorio del estigma”, evidenciando que las personas con EM anticipan el rechazo social, por lo tanto, ocultan el diagnóstico de la enfermedad y evitan los servicios de salud. Además, demostró el impacto del estigma y la estereotipia en la vida de las personas con EM. Para ello, se llevaron a cabo entrevistas a 429 personas y 164 pacientes con EM. Las variables que se consideraron en el estudio fueron edad, sexo, género, raza y nivel de educación. Los resultados de la investigación evidenciaron que los pacientes con EM desarrollaban concepciones negativas de ser un paciente con estas patologías en cuanto a cómo eran vistos y tratados en esa condición. Estas creencias negativas existían desde antes de comenzar con el tratamiento. Estos tendían a mantenerlos en secreto, trataban de concienciar a los otros acerca de su situación o se aislaban porque temían el rechazo (Link et al., 1989). Estas estrategias tenían consecuencias negativas con sus relaciones sociales y trabajos, así como con su autoestima.

Corrigan y Penn (1999) en su estudio, evidenciaron el impacto del estigma público y el autoestigma, destacando cómo afectan a la autoestima, a la adherencia a los tratamientos y a la calidad de vida de las personas con EM. El autoestigma se origina cuando los individuos afectados internalizan los prejuicios sociales, llevando a desarrollar sentimientos de vergüenza, desesperanza y baja autoestima. Además, evidenciaron que el estigma público se manifiesta en prejuicios,

exclusión social y discriminación, mediante la percepción de que las personas con EM son peligrosas o incapaces de participar plenamente en la sociedad. El impacto del estigma no es solo para los afectados de EM, sino también para sus familiares, quienes también experimentan rechazo y aislamiento social. Demostraron que el estigma es una barrera significativa en el acceso a los servicios de salud mental, dando lugar a la falta de tratamiento y al deterioro de la enfermedad.

Así mismo, el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) sobre la salud mental en el mundo menciona que una de las repercusiones de los trastornos mentales y conductuales además de la enfermedad es tener que soportar las perjudiciales consecuencias de la estigmatización y la discriminación hacia las personas que los padecen y sus familias. Estos hechos que están presentes en todo el mundo. El obstáculo más importante por salvar en las sociedades es la estigmatización y la discriminación de las personas que padecen estas enfermedades. Se insta a la educación de los profesionales y a los agentes de salud, al cierre de las instituciones psiquiátricas que perpetúan y refuerzan el estigma, a la prestación de servicios de salud mental en la comunidad y la aplicación de leyes para proteger los derechos de los enfermos con trastornos psicológicos.

En cuanto a las políticas antiestigma recomendadas la OMS (2013) recomienda a los gobiernos a adoptar políticas específicas ante el estigma de la EM, como la necesidad de involucrar a las comunidades, educar a las sociedades y formar adecuadamente a las personas que trabajan en salud mental, así como proveer la atención comunitaria centrada en la atención primaria. Además, el informe enfatiza la importancia de las campañas de concienciación pública y la educación sobre salud mental para desmitificar los prejuicios y los mitos que perpetúan el estigma.

Corrigan y Watson (2002) investigaron el tema del estigma asociado a la EM, la metodología que aplicaron fue la combinación de investigaciones específicas sobre este tema con investigaciones generales sobre estereotipos y prejuicios. Sus resultados evidenciaron que las

personas que padecen EM graves se enfrentan a un doble desafío. Por un lado, sufren los efectos de los síntomas y las discapacidades derivadas de su enfermedad, y por otro, deben lidiar con los estereotipos y prejuicios arraigados en la sociedad respecto a las EM. Como consecuencia de esto, las personas con EM se ven privadas de oportunidades para tener una buena calidad de vida, como empleos satisfactorios, viviendas seguras, atención médica adecuada y la posibilidad de pertenecer a diversos grupos sociales. Recientemente, se ha empezado a explorar las consecuencias del estigma asociado a ellas.

En las conclusiones de su estudio subrayaron que, si bien muchas personas pueden tener conocimiento de los estereotipos, no necesariamente están de acuerdo con su validez. Por el contrario, son aquellas personas que poseen prejuicios quienes respaldan y refuerzan estos estereotipos, dando lugar a reacciones emocionales adversas, tales como la ira o el miedo. Este fenómeno surge como consecuencia de un proceso evaluativo generalmente desfavorable, donde los prejuicios actúan como un filtro distorsionador que amplifica percepciones negativas y contribuye a la propagación y consolidación de ideas estereotipadas. En esta situación, el respaldo a los estereotipos no solo se evidencia en la conciencia de su existencia, sino también en la participación activa de quienes sostienen prejuicios. Esta participación contribuye a la persistencia de estos patrones de pensamiento negativos, como se destaca en el estudio de Corrigan y Watson (2002).

Corrigan y Watson (2002) recomiendan que las intervenciones antiestigma deben estar basadas en la educación pública, el contacto directo con personas que sufren estas enfermedades y la protesta social para desafiar los mitos y actitudes negativas. Resaltan la importancia de campañas informativas que corrijan ideas erróneas y promuevan la empatía, así como la participación activa

de las personas afectadas con la enfermedad en defensa de sus derechos con miras al empoderamiento colectivo.

Los resultados del estudio del Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS (2002) destacan que las personas con EM suelen enfrentar dificultades para conseguir trabajo, vivienda y otros servicios esenciales, lo que agrava su salud mental y a menudo evita que busquen atención especializada debido a los estigmas asociados. El informe señala que la asociación de las EM con la violencia, los prejuicios y la falta de acceso a terapias eficaces perpetúan el estigma y la discriminación. Para abordar este problema se recomienda que los gobiernos implementen políticas antiestigma basadas en medidas legislativas y promuevan la educación sobre las enfermedades mentales entre la población general, los agentes de salud. Los responsables de la formulación de políticas y los grupos de usuarios deberían utilizar los medios de comunicación para cambiar las actitudes sociales, estructurales y económicas que perpetúan el estigma y la discriminación de las personas con trastornos psicológicos.

Corrigan et al. (2003) realizó otro estudio en una comunidad urbana del medio oeste de los Estados Unidos que tenía como propósito examinar la relación entre los componentes del estigma hacia las EM. Para lo cual, utilizó una encuesta con preguntas cerradas sobre la familiaridad que tenían los participantes del estudio con las EM y sobre sus creencias personales acerca de estas patologías. Las preguntas que median sentimientos como la piedad, el enojo, y el temor, se expusieron 4 casos hipotéticos de personas con EM y sus causas. Los resultados del estudio confirmaron respuestas discriminatorias como no querer contratar o ayudar a personas con una EM, obligarlos a tratamientos o recurrir al internamiento institucional. Los participantes de este estudio percibían estas enfermedades como peligrosas y concebían a estas personas como fuera de control, por lo que preferían evitar contacto con ellas, aunque aquellos que estaban más

familiarizados con las EM eran propensos a ofrecer ayuda y no evitaban el contacto social con estas personas.

Otros estudios como los de Angermeyer y Matschinger (2003) analizaron la influencia de los medios de comunicación y la cultura en la percepción de la EM, evidenciando que el desconocimiento de estas patologías y los estereotipos sociales son factores determinantes en la formación y el mantenimiento del estigma social. Mostraron que la imagen negativa de las personas con estas patologías, eran reforzadas por los medios de comunicación, contribuyendo a perpetuar los estereotipos de ser personas peligrosas, impredecibles o incapaces de integrarse a la sociedad. Estas ideas reforzadas generan miedo y rechazo, dando lugar a la plena integración social, el acceso a la vivienda, el empleo, perpetuando la marginación y la exclusión.

Otro estudio realizado por la OMS (2004) informa que durante mucho tiempo la salud mental ha estado oculta tras el velo del estigma y la discriminación, lo cual puede conducir a un abrumador sufrimiento y carga para los pacientes, sus familias y las sociedades. Contempla que es necesario entender los conceptos de salud mental que tiene una comunidad antes de involucrarse en promociones de salud mental. Cada cultura influye en la forma en que las personas entienden la salud mental, este entendimiento aumentará la importancia y el éxito de las intervenciones potenciales que se hagan en este campo.

La OMS (2004) recomienda se haga inversión financiera e inversión en recursos humanos. Insta a los países a incrementar los presupuestos nacionales para lograr servicios e infraestructuras adecuadas con el fin de promover mejoras en el ámbito de la salud mental. Recalca que los casi 450 millones de personas que sufren EM necesitan recibir servicios más efectivos y humanos, servicios de prevención para evitar la mortalidad prematura, con el fin de que puedan alcanzar una vida más sana y digna.

A su vez, el informe de Salud Mental de Europa en el año 2006 concluyó que esta área sanitaria es una de las más descuidadas en el área, existiendo todavía tabúes tanto para los gobiernos como para las poblaciones europeas, incluidas las mismas personas que padecen estas enfermedades. Se ha generalizado el estigma, el prejuicio y la discriminación que están hondamente arraigados. Otro factor que se menciona en el informe, como agravante de la situación de las personas con EM, es la existencia de barreras legales y políticas, dando como resultado que todos estos factores impidan la integración social plena. Otra conclusión de este informe subraya que existen gobiernos en la región que no entienden que el tratamiento de las personas con EM es una cuestión de derechos humanos. Por lo que, se resalta la necesidad de luchar contra el estigma asociado a las EM no solamente relacionado con los pacientes, sino al hecho de que sea considerada una prioridad de inversión por parte del sector público (Knapp et al., 2006).

Además, la OMS (2013) presentó a las naciones del mundo su plan de acción para los años 2013-2030, en el cual propuso metas a nivel mundial para mejorar la conciencia ciudadana sobre la salud mental, reducir su estigma, y garantizar el acceso a los servicios de salud.

El Plan de Acción de la Organización Mundial de la Salud (2013) informa sobre la situación actual de la salud mental a nivel mundial. La población afectada con EM enfrenta violaciones frecuentes de sus derechos humanos debido a la estigmatización y discriminación que enfrentan a consecuencia de la EM. Las personas con EM sufren falta de trabajo y educación, frecuentemente viven en condiciones deplorables. Además, no gozan de los derechos civiles y políticos, siendo excluidos y marginados de la sociedad.

En cuanto a las políticas antiestigma a OMS (2013) indicó que no hay suficiente desarrollo ni organización de las personas con enfermedades mentales y sus familias en la creación de asociaciones que permitan el apoyo mutuo, la defensa de los derechos de las personas con EM y

sus familias. Propone el desarrollo y fortalecimiento de estas asociaciones. La propuesta promueve la intervención en la lucha contra el estigma mediante el establecimiento de políticas públicas, sensibilización y una atención de salud mental más accesible y menos discriminatoria.

Estas asociaciones pueden contribuir a la educación y concienciación de la población, pueden facilitar el acceso a los servicios de salud y sociales, pueden promover la investigación y el desarrollo de nuevos tratamientos médicos. Otro dato relevante que muestra este estudio es que la cantidad de personal sanitario en el área de salud mental es insuficiente en los países de ingresos bajos. Además, estas enfermedades mentales pueden estar vinculadas a otras como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y VIH.

En el mismo contexto, la OMS y la OPS (2015) analizaron los desafíos que enfrentaba la salud mental en las Américas y coincidieron que era crucial garantizar servicios de salud mental que sean accesibles, inclusivos y de calidad para los países de la región. El Plan de Acción sobre Salud Mental de la OPS-OMS, aprobado recientemente, aborda los trastornos mentales y destaca la necesidad de reducir la brecha de tratamiento existente, especialmente en la atención primaria de salud, donde se estima que 7 de cada 10 adultos con trastornos mentales no reciben tratamiento. Aunque la región enfrenta un alto porcentaje de población con trastornos mentales, los recursos asignados son insuficientes, desiguales e ineficaces.

En cuanto a las mejoras de las políticas antiestigma la OMS (2015), su plan insta a evolucionar hacia un modelo de atención médica en salud mental integral, descentralizada y participativa, con servicios accesibles y calificados de tratamiento y rehabilitación psicosocial. Es un llamado a los gobiernos para que den prioridad a la salud mental de sus poblaciones mediante la participación integral de todos los sectores involucrados gobierno y comunidades.

La OMS declaró que, en todo el mundo, miles de personas que enfrentan problemas de salud mental experimentan la privación de sus derechos humanos, siendo objeto de discriminación, estigmatización y marginación. Sufren abusos físicos y emocionales tanto en entornos psiquiátricos como en su vida diaria. Además, la calidad de atención se ve afectada por la precaria situación de los centros de salud y la escasez de profesionales cualificados. En el Día Mundial de la Salud Mental, celebrado el 10 de octubre, se destaca la importancia de respetar la dignidad de quienes enfrentan trastornos mentales.

De igual manera el informe de la OMS (2022) hace un llamado a todos los países del mundo para que se dé una mayor importancia a la salud mental y propone una transformación de los sistemas sanitarios con el fin de mejorarlos y mejorar la atención para estas personas. Dentro de estas propuestas de mejora destaca la necesidad de gestionar programas de educación en salud mental con el fin de eliminar el estigma, y lograr una mayor inclusión social de las personas afectadas por la enfermedad.

Las políticas antiestigma que se recomiendan la creación de entornos inclusivos en las escuelas, lugares de trabajo y servicios de salud, donde la alfabetización de salud mental sea prioritaria en la lucha contra el estigma y la discriminación estructural. También se propone fortalecer los marcos legales y de derechos humanos para proteger a estas personas y asegurar su integración social. Finalmente, se destaca la importancia de involucrar a todos los sectores de la sociedad, incluidas las comunidades y gobiernos, para garantizar que las políticas sean culturalmente relevantes (OMS, 2022).

Thornicroft (2022) hace una revisión exhaustiva y actualizada del estigma de la EM nivel mundial, evidenciando que sus consecuencias se han convertido en barreras estructurales y sociales que impactan negativamente la vida de las personas con EM. En su estudio identificó cuatro

dimensiones del estigma el autoestigma mediante la internalización de los prejuicios por parte de los afectados con estas enfermedades, el estigma asociado que afecta a los familiares y profesionales de salud mental, el estigma público que se manifiesta por medio de prejuicios y comportamientos discriminatorios y el estigma estructural que se encuentran en las leyes, políticas y prácticas institucionales que perpetúan la exclusión social de las personas con EM.

Entre las consecuencias del estigma está el no respeto a los derechos humanos básicos y la exclusión social, que se manifiesta en la reducción del acceso a la atención de salud mental y física, así como a la educación y el empleo. Se menciona el fenómeno de la “superposición diagnóstica”: los síntomas físicos de las personas con diagnóstico psiquiátrico pueden ser ignorados o atribuidos erróneamente a su condición mental, lo que puede tener consecuencias fatales. Remarcó que la legislación y la protección de los derechos humanos son fundamentales para combatir el estigma, junto a cambios culturales y estructurales sostenidos. Las intervenciones más recomendadas son aquellas basadas en el contacto social directo, virtual o indirecto con personas con EM, debiendo ser sostenidas en el tiempo (Thornicroft, 2022).

Con relación a las políticas antiestigma recomienda las basadas en la evidencia, remarcando la importancia de las intervenciones de contacto social directo entre la población en general y las personas que padecen EM, como la política y estrategia más eficaz para reducir prejuicios y actitudes negativas. El informe señala que las campañas de sensibilización son insuficientes por sí solas, se requiere la participación activa de las personas afectadas, la participación de los medios de comunicación en la difusión de mensajes no estigmatizantes acerca de esta condición de salud, y la implementación de marcos legales y de derechos humanos que garantizan la protección de sus derechos, la igual y la no discriminación (Thornicroft, 2022).

Así mismo, de acuerdo a American Psychiatric Association (2024) la EM sigue siendo un fenómeno universal que afecta gravemente la integración social, la recuperación y la búsqueda de ayuda. Las consecuencias del estigma de la EM se manifiestan en múltiples niveles, a nivel individual generando vergüenza, miedo y autoexclusión, reduciendo la búsqueda de ayuda oportuna y a tiempo. A nivel familiar y social, que se manifiesta en el rechazo, aislamiento y discriminación.

En cuanto a las políticas antiestigma, se recomienda:

1. La promoción del contacto directo con personas que tengan EM, ya sea en persona o mediante videos, ya que este tipo de interacción ha demostrado ser una de las formas más efectivas para reducir el estigma.
2. Desarrollar campañas de sensibilización y educación pública que corrijan los mitos y prejuicios, fomentando una visión más realista y empática acerca de la EM.
3. Involucrar a las comunidades y a las personas afectadas en el diseño e implementación de las intervenciones, asegurando su relevancia cultural y su sostenibilidad a largo plazo.
4. Implementar programas educativos en entornos claves como escuelas, lugares de trabajo y servicios de salud, para eliminar barreras y crear ambientes más inclusivos.
5. Utilizar campañas de mercadeo social y testimonios personales para aumentar la comprensión y la empatía, así como normalizar la búsqueda de ayuda médica (American Psychiatric Association (2024)).
6. Capacitar a líderes y empleadores para identificar signos de EM, promoviendo entornos laborales que apoyen la salud mental.

1.4.3 Estudios del estigma de la enfermedad mental en América Latina

El análisis de los estudios realizados en América Latina resulta valioso para alcanzar los objetivos de la presente investigación sobre “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos”, ya que permite comprender el contexto regional en cuanto al estigma de la EM, identificando tendencias y desafíos compartidos. Además, permitirá adaptar las estrategias de intervención para abordar el estigma, mejorar la inclusión social y el acceso a los servicios de salud mental en Ecuador.

La alta carga de problemas de salud mental en América Latina y el Caribe da como resultado la mortalidad prematura y la discapacidad, debido a la falta de acceso a servicios de atención médica por la falta de recursos económicos. La mortalidad prematura puede manifestarse en diferentes formas en la población con EM. Una de las más notorias son los suicidios, que son especialmente prevalentes en aquellas personas que luchan con estas dolencias, como consecuencia de no recibir el tratamiento adecuado a tiempo.

En el mismo entorno, Vigo et al. (2016) plantean en su estudio que la carga global de EM está subestimada y se examinan cinco causas principales: la superposición entre trastornos psiquiátricos y neurológicos; la inclusión del suicidio y la autolesión como categoría separada; la confusión de todos los síndromes de dolor crónico con trastornos músculo esqueléticos; la exclusión de los trastornos de personalidad de los cálculos de carga de enfermedad; y una consideración insuficiente de la contribución de los trastornos mentales graves a la mortalidad por causas asociadas.

Asimismo, Mascayano (2015) explica que las EM son muy comunes en Latinoamérica y pueden suponer una carga significativa para los pacientes y sus familias debido al estigma asociado con el diagnóstico. La sociedad tiende a percibir a estas personas como potencialmente peligrosas,

impredecibles, violentas e incapaces de trabajar. Además, el estigma social también puede provocar miedo al diagnóstico y a la búsqueda de ayuda en el sistema de salud mental.

Los resultados de este estudio recomiendan crear líneas de investigación que adapten los instrumentos existentes a las características socioculturales de la región, para valorar los diversos tipos de estigma que existen en Latinoamérica. También sugieren que los pacientes y sus familias se organicen para exigir sus derechos civiles y sociales a los grupos influyentes de la sociedad y así facilitar la inclusión social de las personas con EM (Mascayano, 2015).

De la misma manera que Mascayo (2015), la OPS (2020) en su publicación “Haz tu parte” para apoyar la salud mental, resalta la importancia de abordar estos problemas en América Latina, reconociendo la influencia de factores socioculturales en la manifestación y manejo de estas patologías. Etienne, directora de la OPS, afirmó que las EM han constituido una epidemia silenciosa mucho antes del COVID-19 con la depresión y la ansiedad como las dos principales patologías que afecta la región. Como desencadenante de estas enfermedades se señala a factores sociales, psicológicos, biológicos, cambios sociales rápidos, trabajos estresantes, la discriminación, la exclusión social, modos de vidas pocos saludables, violencia, mala salud física, las violaciones a los derechos humanos y las presiones socioeconómicas que enfrentan las personas y las comunidades.

Así mismo, en el contexto de la pandemia del COVID-19 se destaca la importancia de que la salud mental sea un componente central en los planes de respuesta y recuperación de los sistemas de salud y los gobiernos nacionales. Las políticas de salud mental deben abordar tanto la promoción de la salud mental como la atención a los trastornos mentales. Para lograrlo, es esencial que estas políticas involucren a sectores como educación, empleo, justicia, vivienda, desarrollo social, así como a la sociedad civil, además del sector salud. Con el fin de evitar la discriminación

y el aislamiento social de estas personas. En el proceso de desarrollo e implementación de políticas de salud mental, se enfatiza la necesidad de proteger y promover el bienestar mental de la población, al mismo tiempo que se satisfacen las necesidades de aquellos con trastornos de salud mental.

De acuerdo con esta investigación las enfermedades mentales se sitúan en primer lugar en la carga global de enfermedad, equiparándose con las enfermedades cardiovasculares y circulatorias en términos. Se insta a que la apatía inaceptable de los gobiernos y financiadores de la salud global debe superarse para mitigar los costos humanos, sociales y económicos de las enfermedades mentales.

Otros factores que aumentan la mortalidad prematura son las complicaciones físicas derivadas de la negligencia en el manejo de la salud mental como la automedicación, el abuso de sustancias y el descuido de la salud física debido a no ser tratadas. Con relación a la discapacidad, los trastornos mentales causan una amplia gama de limitaciones funcionales que afectan a las personas para llevar a cabo tareas diarias, mantener relaciones interpersonales, trabajar y participar en la comunidad (Rodríguez, 2011). La salud mental no es una prioridad en los gobiernos de la región, de modo que las personas con EM se pueden enfrentar al estigma, a la exclusión social y a violaciones de los derechos humanos. La pobreza, la malnutrición y el aumento del consumo de drogas incrementan los problemas de salud mental en la región. Por lo que existe una estrecha relación entre la pobreza y la salud en la sociedad, y la justicia social es esencial para prevenir esta problemática.

Con relación a las consecuencias del estigma social hacia la EM, Yeh et al. (2017) explican que a pesar de la clara incidencia y carga que las EM representan para la sociedad, las personas que las padecen continúan siendo marginadas y estigmatizadas. Este estigma actúa como un obstáculo

para el tratamiento y la recuperación, resultando en consecuencias graves como el fracaso escolar, la pérdida de empleo y el riesgo de suicidio. Aunque algunas campañas de mercadeo social han logrado reducir el estigma, se argumenta que los enfoques actuales, que involucran a individuos con EM y sus allegados, son insuficientes. Se propone una investigación exhaustiva que examine los componentes del estigma y utilice esta información para segmentar a la población general.

Los resultados se emplearían para ofrecer recomendaciones basadas en las diferencias en el respaldo del estigma entre estos segmentos, con el objetivo de informar a los grupos políticos y de defensa en la creación de campañas de marketing social más diversas y potencialmente efectivas.

En cuanto a los estudios del estigma, Baena y Navarro (2018) indican que se han desarrollado programas y campañas que han permitido descubrir diferentes tipos de estigma, que ha dado como resultado un gran número de intervenciones anti-estigma de eficacia contrastada. Sin embargo, se necesitan más estudios para determinar los efectos de las intervenciones y sus componentes.

Así mismo, la OMS (2021) expone que a pesar de que se han logrado importantes avances en la consecución de los objetivos mundiales en materia de enfermedad mental, todavía queda mucho trabajo por hacer. En la actualidad, son muy pocos los países que han dado prioridad a este tema en sus políticas nacionales y muchas personas con EM aún no tienen acceso a servicios de diagnóstico y pos-diagnóstico. Además, un número elevado de cuidadores sigue experimentando aislamiento social debido a la falta de apoyo disponible.

Después de la COVID-19, según el informe de la OMS sobre salud mental (2022), se evidencia que estamos experimentando los impactos en la salud mental derivados de esta pandemia. Señala que EM como la depresión y la ansiedad aumentaron un 25% durante el primer año de la pandemia, sumándose a los casi 1000 millones de personas que ya sufrían alguna EM.

Reconoce que los sistemas de salud son frágiles en cuanto a la atención de las necesidades de las personas con estas patologías.

Se hace un llamado a transformar las actitudes, acciones y enfoques para promover y proteger la salud mental a nivel global, así como extender el apoyo y la ayuda a las personas que actualmente sufren estas enfermedades. Se recomienda transformar los entornos que influyen en la salud mental, prevenir, y desarrollar servicios de salud mental de calidad, comunitarios, con una cobertura accesible y universal, con el fin de combatir el sufrimiento y preservar la dignidad de las personas: permitiendo la participación e integración de estas personas en una sociedad sin estigma y discriminación.

En este escenario, el estudio de Zuber (2022) se destaca la importancia de abordar las actitudes, conocimientos y habilidades sociales para eliminar el estigma asociado con la EM, el cual produce discriminación, estereotipos y prejuicios que limitan las oportunidades fundamentales de las personas afectadas. Este fenómeno también genera incertidumbre y retrasos en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, además de una carga negativa para los cuidadores, familiares y la comunidad. El estigma imposibilita al paciente de oportunidades en áreas como la educación, el empleo y las relaciones interpersonales, aumentando el riesgo de recaídas e intensificando los síntomas del trastorno.

Se sugiere intervenciones como la psicoeducación, el contacto interpersonal con pacientes diagnosticados y el activismo social para reducir el estigma y la marginación en la EM. Las investigaciones en salud mental son herramientas significativas para recolectar datos e implementar intervenciones eficaces y sostenibles que permitan integrar a las personas que las padecen.

Por tanto, existe una imperante necesidad de llevar a cabo un estudio específico sobre las repercusiones del estigma social ligado a las enfermedades mentales en Ecuador. En este sentido, el estudio de tesis doctoral que se presenta ofrece una oportunidad valiosa para explorar e identificar la percepción del estigma asociado a estas patologías en la sociedad ecuatoriana. Puede contribuir a reducir estos obstáculos a través del desarrollo de estrategias que ayuden a comprender el estigma asociado a las personas que padecen EM entre la población ecuatoriana para que puedan crear programas educativos, intervenciones y concienciar a la población en aras a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Además, puede ayudar en la formulación de políticas de salud mental, en la creación de estrategias efectivas que promuevan la inclusión social, la igualdad y el acceso a los servicios de salud mental.

Este estudio no solo llenaría un vacío de conocimiento específico para el contexto ecuatoriano, sino que también proporcionaría información esencial para diseñar estrategias de intervención, políticas de salud y programas de concientización destinados a mejorar la calidad de vida de aquellos afectados por enfermedades mentales en el país.

Por lo que la investigación que se presenta pretende ser una contribución práctica para avanzar en el conocimiento del estudio de este fenómeno con el fin de abrir de manera científica líneas de investigación en este tema a nivel nacional. Los resultados permitirán prevenir, detectar, sensibilizar y concienciar acerca de esta problemática social dentro del contexto ecuatoriano, que tienen como fin lograr una sociedad más equitativa y humana para las personas que sufren una EM.

Los datos alarmantes en mi país sobre los suicidios me han impulsado a realizar esta investigación. La tendencia general muestra un aumento en sus tasas. Investigar y abordar el estigma social vinculado con la EM puede desempeñar un papel crucial en su prevención. Además,

se podría identificar la percepción y el conocimiento de la EM, entre la población ecuatoriana con el fin de poder diseñar intervenciones efectivas y contribuir a la prevención del suicidio y al bienestar mental general de la población.

Aunque existen muchos estudios acerca del estigma asociado a la EM, hay una escasez de estos estudios en Ecuador, de ahí su importancia de entender cómo se manifiesta este fenómeno en la sociedad ecuatoriana teniendo en cuenta los contextos sociales, culturales y económicos.

Al abordar en este estudio el tema del estigma social vinculado a la EM, se tiene como objetivo poder comprender mejor este problema, identificar las áreas específicas donde se pueden realizar intervenciones, y contribuir a la mejora en cuanto a la concientización de este grave problema que enfrenta la sociedad ecuatoriana.

De acuerdo con el informe en la Región de las Américas, el gasto en servicios de salud mental varía entre el 0.2% y el 8.6%, con un gasto promedio del 2%, por lo que sigue siendo relativamente bajo. Se destaca que, en la región, el 60% del presupuesto asignado a salud mental se dirige a hospitales psiquiátricos en lugar de servicios basados en la comunidad. Estos datos resaltan la necesidad de una mayor asignación de recursos y un enfoque más equitativo en la distribución del presupuesto para abordar de manera efectiva los trastornos mentales y mejorar la atención comunitaria (OPS, 2020).

El impacto de la COVID-19 ha exacerbado las condiciones de salud mental, con un aumento del 35% y 32% en los trastornos depresivos y de ansiedad respectivamente en América Latina y el Caribe en 2020. La campaña destacó la posibilidad de recuperación con atención adecuada y hace un llamado a las autoridades para garantizar financiamiento, formación de profesionales y acceso equitativo a servicios de salud mental.

La iniciativa también ofreció recursos en línea, como videos y tarjetas informativas, para informar sobre la reducción del estigma y la discriminación, así como para compartir historias y apoyar la salud mental. La campaña fue lanzada antes del Día Mundial de la Salud Mental, que se celebra el 10 de octubre, con el propósito de generar conciencia y movilizar esfuerzos en apoyo de la salud mental como un derecho humano fundamental (OPS, 2022).

En el mismo contexto, la OPS (2023) en su informe acerca de la Política para mejorar la Salud Mental en las Américas reconoce que, a pesar de que las EM representan una alta carga en la región, no se les ha otorgado la prioridad ni el financiamiento que necesitan. Señala que, desde el año 2019, los trastornos depresivos, de ansiedad, por consumo de drogas y los suicidios han aumentado significativamente, lo cual ocasiona la pérdida de 98.000 vidas al año.

En América, los grupos con mayor riesgo de presentar EM son las personas pobres, las comunidades indígenas, los migrantes, las personas mayores o con discapacidad, la población afrodescendiente, las víctimas del racismo y las LGTBI+. El informe indica que la estigmatización y la discriminación siguen siendo un obstáculo a la hora de que las personas afectadas busquen ayuda para su salud mental, además de la falta de infraestructura adecuada de los sistemas de salud y los altos costos económicos que representan. En el 2020, los países de la región asignaron un medio del 3% de su presupuesto al sector de salud mental. Hecho que muestra un desequilibrio entre el gasto en salud mental y la carga de estas enfermedades en la zona (OPS, 2023). Por lo que la OPS (2023) recomienda a los Estados miembros que:

- a) Promuevan el aumento de la inversión de recursos financieros y humanos en la atención comunitaria de la salud mental para abordar la creciente demanda generada por la pandemia de COVID-19. Se busca establecer sistemas de salud mental más fuertes y resilientes en el período posterior a la pandemia.

- b) Adopten un enfoque integral de gobierno y sociedad para mejorar la salud mental, fomentando la colaboración con diversos actores de sectores relevantes, como organizaciones no gubernamentales, entidades de la sociedad civil, instituciones académicas y personas con experiencia directa. Esto incluirá un compromiso político de alto nivel.
- c) Mejoren y amplíen los servicios comunitarios de salud mental de manera equitativa e integral para toda la población, integrando aún más los servicios relacionados con la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas en todos los niveles de atención, con el objetivo de avanzar hacia la cobertura universal de salud.
- d) Apoyen la promoción y prevención en el ámbito de la salud mental, así como el establecimiento y ejecución de programas multidisciplinarios de salud mental y prevención del suicidio desde la primera infancia y a lo largo de toda la vida.

1.4.3.1 Intervenciones en Latinoamérica focalizadas en el estigma de la enfermedad mental

En Latinoamérica, las políticas públicas focalizadas específicamente a combatir el estigma asociado a la EM son limitadas y dispersas. Generalmente, estas medidas forman parte de planes más amplios que se incluyen en las áreas de salud mental y derechos humanos, pero no están desarrolladas de forma sistemática y permanente. A pesar de que la mayoría de los estados de la región han avanzado en los planes nacionales de salud mental, pocos países cuentan con políticas explícitas y sistemáticas orientadas a la reducción del estigma de los trastornos mentales. Por lo tanto, existe la necesidad de crear políticas focalizadas en el estigma de forma específica y mejorarlas, con el fin de promover acciones sostenidas, que cuente con el financiamiento adecuado y las evaluaciones de su impacto (Mascayano, 2015).

No obstante, se han implementado algunas políticas y campañas específicas como las de la Organización Panamericana de Salud (OPS), denominada Haz tu Parte, que tiene como fin educar a la población sobre las condiciones de salud mental y desmitificar los mitos y prejuicios existentes. Estas campañas utilizan testimonios de personas con EM, de sus experiencias vividas. Se realizan por medio del contacto social con estas personas en diferentes entornos. Además, utilizan materiales educativos culturalmente pertinentes para fomentar a nivel social regional una visión más empática e inclusiva (OPS, 2022).

Otro avance en cuanto a estas políticas, es la integración de la educación sobre salud mental en los sistemas escolares y laborales. Políticas públicas de inclusión promueven la formación de docentes y empleadores para identificar y apoyar a las personas con EM dentro de estos contextos, con el fin de promover su integración social (DW, 2023).

La organización no gubernamental “Yo quiero yo puedo” en México, han desarrollado programas comunitarios para sensibilizar y empoderar a la población con EM, facilitando el acceso a recursos y servicios de salud mental. Además incentiva a buscar ayuda médica sin temor a la discriminación de la EM. Estas intervenciones están dirigidos tanto al público en general como a profesionales de salud, con el propósito de crear entornos seguros y libres de estigmatización (FP Analytics, 2033).

En conclusión, las intervenciones antiestigma en Latinoamérica están focalizadas en campañas de concientización, políticas de inclusión educativa y laboral, y en el fortalecimiento de la educación pública sobre salud mental, con el fin de transformar actitudes sociales más empáticas y comprensivas, eliminar barreras y garantizar el acceso a los servicios de salud mental.

1.4.4 El impacto de los sistemas educativos en la construcción del estigma de la enfermedad mental

Diversos estudios han señalado que los sistemas educativos desempeñan un papel relevante en la construcción y perpetuación del estigma social hacia la EM, como el de Zabaleta et al. (2023) llevado a cabo en el ámbito universitario. En este estudio realizado en la universidad de Burgos evidenció que los estudiantes mantienen actitudes estigmatizantes hacia las personas con problemas de salud mental. Estas conclusiones estuvieron influenciadas por variables como el género, la edad, el tipo de estudios y el contacto previo con personas con EM. Esta visión estigmatizada puede proyectarse en su futuro desempeño profesional y social. Se recomendó el diseño de intervenciones educativas específicas para reducir el estigma y evitar la reproducción de actitudes discriminatorias en ámbitos profesionales y sociales (Zabaleta et al., 2023).

Un estudio transversal para investigar los factores asociados al estigma hacia las personas con EM se realizó con muestra de estudiantes escolares y universitarios, se investigó como las variables sociodemográficas, educativas y culturales influyen en la construcción de actitudes estigmatizantes. Por medio de los cuestionarios y los análisis estadísticos, los autores identificaron que los niveles más bajos de estigma estaban asociados con una mayor exposición temprana a contenidos educativos relacionados con salud mental, así como, con una mayor familiaridad personal con individuos que padecen EM. Se recomienda la necesidad de integrar programas educativos de salud mental en los sistemas escolares desde el nivel primario y medio, ya que estos contextos ofrecen una oportunidad estructural para modificar creencias estigmatizantes antes de que se arraiguen en la edad adulta (Al Omari et al., 2022)

El estigma de la EM se extiende a estudiantes universitarios de carreras relacionadas con la salud, como la medicina y la psicología, lo que podría afectar la calidad de atención brindada y dificultar su recuperación e integración social de las personas con trastornos psicológicos. Se identificó la existencia de estereotipos y prejuicios en la comunidad universitaria que refuerzan conductas discriminatorias, como la exclusión de oportunidades laborales y educativas, limitando la participación social de las personas que tienen estas dolencias (Saavedra y Murvartian, 2021).

No obstante, Brescia et al., (2021) señala que la implementación de estrategias didácticas y planes de trabajo para la formación de profesionales de la salud ha demostrado ser efectiva para promover actitudes más inclusivas, reflexivas y empáticas hacia las personas con EM. Estas intervenciones buscan sensibilizar a los futuros profesionales sobre el impacto negativo del estigma y fomentar una atención integral de calidad.

En la misma línea, Hampson et al. (2018) investigó el papel de la educación formal como herramienta clave para la reducción del estigma hacia la EM. Se aplicaron intervenciones psicoeducativas en entornos escolares y universitarios, con el objetivo de modificar actitudes negativas y creencias erradas. Se evaluó el nivel de estigma antes y después de la intervención. Los resultados evidenciaron una reducción estadísticamente significativa en las actitudes estigmatizantes, especialmente en las dimensiones como el miedo, la culpabilización y la percepción de peligrosidad. Se demostró que cuanto mayor era la profundidad de los contenidos en salud mental, combinado con los testimonios de personas que sufren estas enfermedades, mayor fue el impacto positivo.

En resumen, el sistema educativo puede actuar como un factor de riesgo en la reproducción del estigma social hacia la EM como una oportunidad para su prevención y reducción,

mediante el implemento de intervenciones educativas adecuadas que fomente el contacto directo con las personas afectadas.

1.4.5 Aportes cualitativos al análisis del estigma: comprensión de experiencias, significados y prácticas sociales

Aunque la metodología de este estudio no es mixta, sino cuantitativa, el estudio del estigma de las personas con EM requiere no solo considerar los patrones cuantificables, sino también las experiencias subjetivas de las personas que sufren enfermedades mentales y sus experiencias con el estigma social, ayudando a enriquecer y cumplir con los objetivos del presente estudio “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos”. En este sentido se analizan algunos estudios cualitativos sobre este tema que están alineados con los objetivos de la presente investigación, lo que brinda una visión más profunda y comprensiva del fenómeno social del estigma hacia las personas con EM. Finalmente, incorporar las voces de las personas afectadas con una EM es esencial en el diseño de estrategias para combatir el estigma y promover una inclusión social en el ámbito ecuatoriano.

Geffner (2021) realizó un estudio cuyo propósito era comprender las experiencias de estigmatización y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los usuarios de salud mental en Buenos Aires. Los testimonios de los usuarios de salud señalaron que el estigma es uno de los obstáculos más importante para la recuperación personal. Mencionaron que con frecuencia la ignorancia y la falta de información propia y ajena sostienen el estigma de la EM. Participaron 21 usuarios de los servicios de salud mental de Buenos Aires, a través de entrevistas individuales.

En cuanto a cómo percibe la sociedad a las personas con EM, algunos testimonios recogidos mencionaron que “hay mucho miedo y mucha falta de información en general” y, en consecuencia,

la sociedad “mira mal a quien tiene un padecimiento mental”. Las personas con EM “están muy castigadas socialmente” y “hay como un cierto ‘apartheid’”.

La mayoría de la muestra evidenció la falta de recursos económicos, que en algunos casos se tradujo en narrativas de autoestigma como culpa y autorreproches debido a la debilidad y por la falta de voluntad: frases como “no tolero el hecho de tan bien que estaba, haber caído”, “no haber sabido defenderme”, “no haber sido fuerte”. Un participante lo explicó diciendo: “el estigma está tan metido en uno, que uno no lo ve como un estigma, sino que lo ve como algo propio de uno”. Otros testimonios recogidos en el estudio señalaron que solucionar el problema del estigma es algo meramente personal “Si uno no pone de su parte, no salís a ningún lado, “Francamente no me ayudó nadie. Me ayudé a mí misma”. Otro usuario dijo: “No hablo mucho de ese tema, viste? “Trato de hacer mi vida e integrarme yo”.

En cuanto a los estereotipos reconocieron que para la sociedad, las personas con EM “son inferiores”, “no sirven para nada”, “son débiles mentales, como si alguien que no maneja su mente es débil mentalmente y, por ende, es proclive a todo tipo de patologías y demás”, “pueden ser violentas”, “son un peligro para la sociedad”, “vagos”, “mienten”, “limitados”, “exageran”, “si tomas medicación psiquiátrica estás pirado, loco”, “si tienes una adicción eres un falopero de mierda”, “el último orejón del tarro”, “no son creíbles”, o “son locos”. Un usuario señaló “que estas personas son vistas como “lo último de lo último de lo último”. La sociedad nos ve con “miedo”, “bronca”, “enojo”, “lástima”, “desconfianza”, y “compasión”.

En cuanto al impacto del estigma uno de los entrevistados dijo: “Cuando yo quería asomar la cabeza para estar mejor me bajaban de un hondazo con cuestiones estigmatizantes. Entonces, era muy difícil”. Otro usuario argumentó: “Si las personas de la sociedad tienen miedo, tienden a

discriminar y pueden llegar a ser violentos verbalmente, a alejarse, a evitar los contactos de cualquier tipo. No querer trabajar con, no querer estudiar con... Es alejarse, más que nada.

En cuanto a la discriminación, un usuario señaló: “Ignorar a una persona que tiene ese padecimiento es... maltratarla... Solamente la persona que ignora ya está maltratando... La ignorancia sobre eso es una forma de castigo”. Otro participante dijo: “Te tratan con respeto, pero con respeto del malo. No te acerques, no hables, no... Con mucho respeto, pero sin responsabilidad. Otra persona de la muestra manifestó que “el estigma se siente en silencios... que también es una discriminación. Pero no como ataque, no en forma agresiva o violenta. Sí en forma sutil y muy poquitita, en grageas. No líquido.”

Los lugares públicos donde más sintieron discriminación estos participantes fue en el transporte público, especialmente cuando mostraban el certificado de discapacidad lo describieron como un momento con tensión: “Ven el carnet de discapacidad y te miran medio extraño ¿viste?, como preguntándose “¿qué es lo que tiene?”.” Otro participante afirmó: “A mí me pasa que tengo certificado de discapacidad para viajar y cuando lo uso me mira todo el colectivo. Porque se ve que no pago...”. En estas entrevistas se señaló que en la sociedad no solo hay un acuerdo acerca de qué es ser normal, sino, también, existe un implícito de qué es tener una discapacidad: “Lo que esperan de un discapacitado es que estés sin una pierna, o sea, que sea muy visible que haya algún... No sé cómo llamarlo... ‘Impedimento’ suena feo”. Y, quizás en una discapacidad mental, más aún si el paciente está estabilizado y todo lo demás, eso se torna bastante invisible”. En relación con la percepción social de la discapacidad uno de los participantes compartió esta anécdota: “Una vez estaba en el metro bus y veo un colectivo y empiezo a correrlo. Una cuadra lo corrí, llegué y lo paré. Entonces, el colectivero para. Yo saco el certificado y se lo muestro, y me

dice: “Pero vos estás en mejor estado que yo”. Es eso. Y a mí nunca me ha pasado, pero a compañeros varones sí, los han hecho bajar del colectivo”.

Otra forma de discriminación percibida por los participantes fue la infantilización: “Nos tratan como enfermitos”. Entre las manifestaciones de discriminación se mencionaron el “trato peyorativo”, “hacer hincapié en la patología”, “dejarme de lado por esto que me pasa”.

Un participante comentó: “Yo no podía ir a la casa de mi hermano a quedarme a dormir... Seguramente, basado en el miedo de lo que yo podría hacerle a los hijos”. Incluso, hablar de la experiencia de un padecimiento mental “es un tabú y produce miedo”, “es como si fuera un tabú tomar pastillas o haber estado internado en un hospital psiquiátrico.”

En la misma línea, Zegarra (2019) exploró en su estudio realizado en Perú, como las personas con esquizofrenia percibían el estigma social y como les afectaba en diversas áreas de su vida. Estudio con una metodología cuantitativa, observacional, descriptivo y de tipo transversal con encuestas a 12 personas con diagnóstico de esquizofrenia del Instituto Nacional de Salud Mental. Como instrumento se utilizó la escala de estigma internalizado de King, versión en español con 29 ítems y la aplicación de la escala de Likert. Este estudio concluyó que el estigma a su EM, impacta negativamente a su autoestima, autosuficiencia y participación social. Se recomienda en este estudio implementar intervenciones psicoeducativas y estrategias para reducir el estigma tanto en pacientes como en el ámbito social y profesional de la salud mental, con el fin de promover la inclusión y el contacto social positiva para mejorar la calidad de vida y adherencia a los tratamientos.

Así mismo, Ochoa et al. (2010) llevaron a cabo un estudio cualitativo basado en entrevistas y grupos focales. Las entrevistas fueron semiestructuradas y se centraron en experiencias personales relacionadas al estigma de 24 personas con esquizofrenia, tuvo el objetivo de explorar como el

estigma les afectaba en el trabajo, la educación y las relaciones sociales, utilizando la técnica de análisis de contenidos temáticos, identificando patrones y categorías emergentes en los discursos de la muestra empleada.

En cuanto a la percepción social de la enfermedad algunos participantes comentaron: “A veces siento que la gente me mira diferente cuando sabe mi diagnóstico”; “Me da miedo contarle a la gente que tengo esquizofrenia”; “No soy mi enfermedad, pero la sociedad me etiqueta así” “Necesitamos más apoyo y menos prejuicios”.

Con relación a los estereotipos de la EM, los participantes expresaron: “Me han dicho loco y que no sirvo para nada”, “Mi familia me sobreprotege, como si no pudiera hacer nada por mí mismo”, “Me da miedo contarle a la gente que tengo esquizofrenia”, “Siento que tengo que demostrar todo el tiempo que soy normal”, “La gente piensa que somos peligrosos, pero no es verdad”, “A veces oculto mi enfermedad para evitar problemas”.

En cuanto a experiencias discriminatorias, la muestra evidenció: “En el trabajo, cuando se enteraron de mi enfermedad, dejaron de hablarme”, “El peor estigma es el que uno mismo se pone”, “He perdido amigos porque no entienden mi enfermedad”, “A veces prefiero no salir de casa para evitar miradas o comentarios”, “Me han negado trabajos por tener antecedentes psiquiátricos”, “Me siento solo, como si nadie pudiera entenderme”, “La discriminación duele más que la enfermedad”, “El estigma hace que uno mismo se sienta incapaz”, “He sentido rechazo incluso de algunos profesionales de la salud”. “Es difícil encontrar pareja cuando tienes este diagnóstico”, “Necesitamos más apoyo y menos prejuicios”.

El estudio de Ochoa et al. (2010) concluyó que el estigma hacia esta EM tiene un impacto significativo en la autoestima, la integración social y el bienestar emocional de las personas que

padecen esta patología. El estudio resalta la falta de campañas de sensibilización y de apoyo psicosocial para reducir el estigma y mejorar la calidad de vida de estas personas con EM.

Los estudios analizados en el numeral 1.4 aportan de manera decisiva al cumplimiento de la presente investigación, ya que ofrecen un marco teórico y empírico robusto para describir y analizar las representaciones sociales del estigma hacia la EM en la muestra estudiada. Permitiendo identificar tendencias, desafíos y buenas prácticas que pueden ser adaptadas al ámbito ecuatoriano, facilitando la exploración y la descripción de las concepciones de la EM y su relación con el contacto directo con personas con EM en la reducción del estigma. Fundamentando científicamente, las propuestas de estrategias educativas y comunitarias orientadas a desmitificar las creencias erróneas, prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias, con el fin de promover la inclusión social y fomentar una sociedad ecuatoriana más empática y respetuosa de los derechos humanos de las personas que sufren una EM.

El análisis de las investigaciones sobre el estigma de la EM en América Latina muestra patrones preocupantes de discriminación, falta de comprensión hacia las personas que sufren trastornos psicológicos en la región y escasez en políticas focalizadas en el estigma de la EM. En el capítulo 5 se examinará el contexto geopolítico de la población de la República del Ecuador, con el fin de entender como este entorno impacta la percepción y el tratamiento del estigma asociado con la EM. La comprensión de los marcos políticos, económicos y sociales que moldean la experiencia de las personas con estas patologías en este país, puede ser clave a la hora de identificar y describir la percepción social hacia estas personas. Datos relevantes para el estudio de El estigma de las EM en una muestra de ciudadanos ecuatorianos.

1.5. Contexto geopolítico, socioeconómico y cultural del Ecuador: Bases para comprender el estigma social hacia la enfermedad mental

Dado que uno de los objetivos del estudio es explorar, describir y analizar las percepciones, y manifestaciones del estigma hacia la EM en el contexto ecuatoriano, se requiere situar este fenómeno en su contexto social, económico, político y cultural en que se desarrolla, con el fin de poder comprender cómo estos factores configuran el imaginario social sobre la EM y su estigma, ayudando a cumplir con los objetivos de la presente investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos”. Además, permite establecer un marco contextual que sustente el análisis de las representaciones sociales del estigma hacia la EM en el ámbito ecuatoriano.

La diversidad cultural y las desigualdades sociales pueden explicar la variabilidad en los prejuicios, estereotipos, discriminación y falta de conocimiento de la EM. De igual manera, el análisis del contexto justifica la necesidad de estrategias educativas y comunitarias adaptadas a las realidades locales (OMS, 2022; MSP, 2021).

En el caso de Ecuador factores como la desigualdad social, los índices de pobreza, las tensiones y falta de estabilidad política, las limitaciones en el sistema de salud mental, los escasos presupuestos para salud mental, la marginación de ciertos sectores como los rurales y las comunidades indígenas influyen directamente en la construcción y reproducción del estigma social hacia las personas con EM. El análisis de este contexto es fundamental para comprender como se manifiesta el estigma en la muestra de ciudadanos ecuatorianos y cuáles son los desafíos para enfrentarlos desde una perspectiva educativa y comunitaria (INEC, 2023; OPS, 2021)

A continuación se describen los aspectos demográficos, económicos, sociales y políticos más trascendentales de Ecuador, con el objetivo de establecer un marco interpretativo que permita contextualizar los hallazgos del presente estudio.

Ecuador se distingue como una nación multiétnica y pluricultural, caracterizada por la diversidad de sus comunidades. Entre las provincias con mayor presencia de inmigrantes se encuentran Pichincha y Guayas que han experimentado un flujo significativo de población diversa. Además, en los últimos años, la migración hacia el extranjero ha experimentado un notable aumento, en gran medida como respuesta a la crisis económica que ha afectado al país. Estados Unidos, España e Italia son algunos de los destinos que albergan actualmente comunidades ecuatorianas considerables, lo que contribuye a la formación de la diáspora ecuatoriana en el ámbito internacional.

A pesar de que el castellano es el idioma oficial del país, la riqueza lingüística ecuatoriana se refleja en la presencia de diversas lenguas indígenas, como el quichua shimi, awapit, cha'palachi, tsafiqui, paicoca, a'ingae, huaotirio, shuar-chichan y záparo, lo que subraya la importancia de las culturas indígenas en la identidad nacional (El Comercio, 2021; Goraymi, 2024).

La religión católica prevalece como la principal en Ecuador (69.5%), el 14.7% son protestantes. Un 11.6% son agnósticos y el 4.2% pertenecen a otras religiones (INEC, 2012).

Es importante destacar que muchos pueblos y comunidades aún mantienen arraigadas sus creencias ancestrales. Estas creencias, que veneran la tierra, los nevados o el sol, evidencian la persistencia de tradiciones centenarias que coexisten con la religión católica predominante. Este mosaico cultural y religioso contribuye a la riqueza y complejidad del tejido social ecuatoriano, donde diversas expresiones culturales y espirituales cohabitan en armonía (El Telégrafo, 2023).

La mayoría de la población ecuatoriana considera la religión más allá de su afiliación, como algo muy importante en su vida cotidiana. La religiosidad de los ecuatorianos se manifiesta en la asistencia masiva a eventos litúrgicos y celebraciones religiosas (Primicias, 2024).

1.5.1 Características demográficas relevantes de la población ecuatoriana

El Ecuador es un país diverso, con una población distribuida entre las zonas urbanas y rurales. Con la presencia de una amplia comunidad indígena y población afroecuatoriana. Esta diversidad poblacional da lugar a la existencia de múltiples creencias, prácticas culturales y niveles de acceso a la información y al sistema de salud mental. Las diferencias en cuanto al nivel educativo, la cultura, el acceso a servicios y recursos influyen directamente en las representaciones sociales de la EM y las personas que las sufren y la forma en que se manifiesta el estigma en los distintos grupos poblacionales en el ámbito ecuatoriano (INEC,2022; MSP, 2021)

De acuerdo con el último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022), en Ecuador residen 16.938.986 personas (48.7% hombres y 51.3% mujeres), con una edad media de 29 años. Los niveles de natalidad son bajos, pues existe un descenso de población menor de 15 años. La mayor parte de la población tiene entre 15 y 64 años de edad y existe un grupo amplio de personas mayores de 65 años.

En Ecuador la población mestiza alcanza un (77.5%) y en menor medida indígena (7.7%), montubia (7.7%), afroecuatoriana (4.8%) y blanca u otras (2.3%). El 2.5% de la población que reside en Ecuador nació en otro país (Venezuela, Colombia, Perú y Estados Unidos) y la provincia más poblada es Guayas con más de 4.3 millones de residentes, pues la población ecuatoriana tiende a vivir en áreas urbanas (63.1%).

1.5.2 Indicadores económicos y accesos a los servicios sociales

La precariedad económica incrementa la vulnerabilidad de las personas que padecen de enfermedades mentales y sus familias, convirtiéndose en una barrera para la plena integración social, aumentando el riesgo de discriminación.

En el contexto económico del Ecuador, se caracteriza por las desigualdades y períodos de grandes crisis económicas, lo que afecta directamente la inversión estatal en salud mental y limita el acceso a servicios especializados, especialmente en las zonas rurales y los sectores empobrecidos del país. La falta de recursos económicos refuerza la percepción de que la EM es una carga social, intensificando y perpetuando el estigma social (Banco Mundial, 2023, OMS, 2022).

De acuerdo con el Ministerio de Economía y Finanzas del Ecuador (2023), durante el año 2022, la economía ecuatoriana experimentó un crecimiento del 2.9%. Este aumento se logró, a pesar de desafíos como el contexto internacional adverso y las pérdidas derivadas del paro nacional, gracias a factores clave que impulsaron el crecimiento como el gasto de consumo final de los hogares, las exportaciones de bienes y servicios y el gasto del Gobierno.

En términos de ramas de actividad, en comparación con 2021, varias se reactivaron y lideraron el crecimiento interanual en 2022, impulsadas por ventas positivas y la revitalización del consumo interno. Entre las que destacan los sectores como alojamiento y servicios de comida (crecimiento anual del 12.2%), acuicultura y pesca de camarón (11.8%), y correo y comunicaciones (10.7%).

La dinámica de precios estuvo influenciada por la guerra entre Rusia y Ucrania, generando un aumento en los precios internacionales de la energía, los fertilizantes y los alimentos. La inflación anual promedio fue del 3.5%, con una cifra acumulada de fin de período del 3.7% en

2022. En cuanto al mercado laboral, se observó una mejora gradual, aunque aún no se ha recuperado completamente a los niveles previos a la pandemia. La Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2022) recoge que la tasa de desempleo disminuyó de 5.2% en 2021 a 4.4% en 2022, y el subempleo a nivel nacional fue del 22.2%. El empleo registrado en la seguridad social se recuperó en 2022, alcanzando los 3,2 millones de empleos, similar al nivel de 2019.

El sector petrolero enfrentó desafíos como problemas geológicos, políticos y sociales, junto con una disminución de inversiones. La producción en campo fue de 175,5 millones de barriles en 2022. El Sector Público No Financiero (SPNF) presentó un déficit del 0.2% del PIB, mejorando en comparación con el 1.7% registrado en 2021. La deuda pública consolidada y otras obligaciones del SPNF y Seguridad Social se incrementaron en USD 1.487,15 millones, pero el indicador se redujo al 55.4% del PIB. Y la recaudación tributaria bruta alcanzó el 14.4% del PIB, superando los niveles prepandemia, mientras que el sector Monetario Financiero mostró resultados positivos en 2022 (Ministerio de Finanzas del Ecuador, 2023).

En cuanto a los ingresos económicos, el informe del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022) informa que el 25% (cerca de 4,5 millones) de las personas están sumidas en la pobreza, pues tienen un ingreso de \$87 dólares al mes y cerca de 1,9 millones viven en la pobreza extrema, pues su ingreso es de \$49 mensuales. Estos datos revelan que solo alcanzan a cubrir el 12% y el 6,57% respectivamente de la canasta básica de alimentos, valorada en \$751 mensuales. Con relación a la población rural, experimenta una mayor incidencia de pobreza y pobreza extrema. En las áreas rurales, aproximadamente el 42.9% de los habitantes enfrenta carencias económicas severas, y el 22.7% vive en condiciones de pobreza extrema. Estas cifras contrastan

significativamente con la realidad del entorno urbano, donde el 16.7% de la población se encuentra en situación de pobreza y el 5.2% en pobreza extrema.

Otro dato preocupante es que el 51.6% de personas con un trabajo está en el sector informal, lo que significa que no tienen los beneficios del seguro social. Estas actividades económicas no están reguladas o protegidas por marcos legales. Por lo que los trabajadores pueden convertirse en grupos vulnerables de explotación (Informe del Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2022).

En resumen, los indicadores económicos analizados reflejan una realidad nacional marcada por las desigualdades estructurales que afectan directamente al ingreso de servicios básicos como la atención a la salud mental. No obstante, algunos signos de recuperación económica en los últimos años, amplios sectores de la población ecuatoriana, especialmente en las zonas rurales y de pobreza extrema, enfrentan condiciones de vulnerabilidad que son una barrera a su derecho de atención integral en salud mental. Los índices de las altas tasas de informalidad laboral, los bajos ingresos per cápita y la concentración de pobreza en las zonas rurales refuerzan una estructura social excluyente y discriminatoria, en la que las personas con EM quedan aún más marginadas.

Estos factores, en el ámbito ecuatoriano, pueden alimentar representaciones sociales negativas al asociar la EM con una carga económica o improductividad, lo que puede constituirse como un elemento que perpetúa y consolida el estigma social de la EM y de las personas que lo sufren. Este análisis evidencia la necesidad de diseñar estrategias educativas, políticas y comunitarias que atiendan las desigualdades estructurales como una respuesta integral al estigma de la EM en el ámbito ecuatoriano.

1.5.3 Pobreza y desigualdad como condicionantes del estigma social

La pobreza y la desigualdad social en el contexto ecuatoriano son factores que no solo limitan a las personas con EM a los servicios de salud mental, sino que también influyen las

construcciones de representaciones sociales negativas acerca de la EM. En las comunidades y familias donde existen escasos recursos económicos se prioriza la atención de las necesidades básicas por encima del bienestar de la salud mental, lo que refuerza la invisibilización de las enfermedades psicológicas y la estigmatización de las personas que las padecen. La falta de información de estas patologías y la presencia de mitos y creencias erróneas sobre la EM se ven acentuadas en entornos empobrecidos donde existe la exclusión social y educativa (INEC, 2022; MSP 2021).

El informe del Ministerio de Economía y Finanzas del Ecuador (2023) recoge en el año 2022, la tasa de pobreza por ingresos se situó en un 25.5%, marcando una disminución significativa de 3,4 puntos porcentuales en comparación con 2021. A pesar de este avance, es importante destacar que aún no se ha regresado a los niveles registrados antes de la pandemia (21.9%), por lo que, el país sigue trabajando para recuperar la estabilidad económica. Es fundamental resaltar que las mayores reducciones en los índices de pobreza se han producido en varias provincias, como Azuay (4.8%), El Oro (5.6%), Guayas (5.2%), Imbabura (5.6%) y Pichincha (3.4%). Estas cifras señalan un progreso regional destacado, pero también indican la necesidad de implementar estrategias específicas en otras áreas geográficas para abordar la pobreza de manera equitativa.

El logro observado en la reducción de la pobreza se vincula estrechamente con el incremento del ingreso familiar. Se destaca que los ingresos no laborales, especialmente aquellos catalogados como “otros”, han sido los principales contribuyentes a esta reducción. Dentro de este componente, la red de apoyo familiar ha jugado un papel crucial, actuando como un pilar valioso para mejorar las condiciones económicas de los hogares ecuatorianos. El fortalecimiento de esta red de apoyo puede ser clave para sostener y potenciar futuras reducciones en los índices de pobreza. En cuanto a la desigualdad, el Índice de Gini en 2022 se ubicó en 0,468, mostrando

similitudes con el periodo prepandemia de 2019, que registró un índice de 0,469. Esta estabilidad indica una resistencia relativa en la distribución de ingresos a pesar de los desafíos económicos recientes. Además, se observó una mejora con respecto a 2021, con una reducción de 0,02 puntos porcentuales, evidenciando un avance en la reducción de la disparidad económica en el país (Ministerio de Finanzas del Ecuador, 2023).

En resumen, aunque Ecuador ha logrado avances notables en la reducción de la pobreza y la mejora de la desigualdad, es fundamental continuar implementando políticas y programas específicos que aborden las disparidades regionales y fortalezcan las redes de apoyo familiar.

En conclusión, la pobreza y la desigualdad estructural en Ecuador, representan limitaciones en el acceso a los servicios de salud mental, además se constituyen en condicionantes en la construcción y perpetuación del estigma hacia las personas con EM. La priorización de las necesidades básicas, la baja escolaridad, la desinformación y los marcos culturales excluyentes debido a la pobreza profundizan el empeoramiento de las condiciones de las personas que sufren estas enfermedades y alimenta las representaciones sociales negativas que vinculan la EM con debilidad, incapacidad o peligrosidad.

Este análisis se relaciona directamente con los objetivos del presente estudio, al permitido evidenciar como los factores económicos y sociales dan lugar a la exclusión social de las personas con EM en el ámbito ecuatoriano. La comprensión de estas condiciones resulta esencial en el diseño de estrategias en la lucha contra el estigma en la sociedad ecuatoriana.

Finalmente, se fortalece el sustento teórico-empírico que el estigma es un fenómeno social que debe combatirse desde una perspectiva integral (Estado, sociedad civil, instituciones).

1.5.4 Influencia del contexto político en el estigma

Ecuador ha sido un país con una gran inestabilidad política y social, lo que puede afectar a la salud mental (altos niveles de estrés, ansiedad y depresión en la población) y exacerbar el estigma asociado a estas patologías (Leiva-Peña et al., 2021), ya que las personas pueden sentirse más aisladas y estigmatizadas durante períodos de crisis y conflicto en un país (Londoño et al., 2010).

Ecuador tiene un gobierno democrático presidencialista con elecciones cada 4 años. Entre 1830 y 1929, las constituciones ecuatorianas reflejaron y garantizaron una república oligárquico-terrateniente. Los hacendados, los grandes comerciantes y los banqueros controlaron el poder económico y político. El estado ecuatoriano se constituyó en el garante de la reproducción de la clase terrateniente. El contenido de estas constituciones fueron mecanismos institucionalizados de exclusión social y estratificación del pueblo ecuatoriano. Bajo estas condiciones, las clases en el poder edificaron una república sin ciudadanos. La tabla 1 recoge un resumen de los artículos que muestran la exclusión social de la mayoría de la sociedad ecuatoriana por medio de sus constituciones entre los años 1830 hasta 1979 (Paz y Cepeda et al., 2007).

Tabla 1.

Resumen de las constituciones de la República del Ecuador: 1830 - 1979

Año	Constitución	Otro
1830	Por medio de sus 75 artículos se instauró una sociedad excluyente y racista.	12. Para ser ciudadano se requería estar casado o tener más de 22 años; poseer una propiedad de valor libre por 300 pesos, y ejercer alguna profesión o industria útil, sin sujeción a otro, como sirviente

Año	Constitución	Otro
		doméstico o jornalero; saber leer y escribir.
	Para ser presidente del país se requería tener una propiedad de 30.000 pesos.	68. Se nombra a los venerables curas párrocos por tutores y padres naturales de los indígenas para realizar su ministerio de caridad en favor de esta clase inocente, abyecta y miserable.
1861	Los artículos 8 y 9 desaparecen de manera parcial.	Para ser reconocido en la constitución como ciudadano se requería saber, leer y escribir.
1864	La esclavitud de los negros es abolida.	9. Son ciudadanos los ecuatorianos varones que sepan leer y escribir, y hayan cumplido veintiún años.
1884	En este año se suprimieron los requisitos económicos para ocupar el poder Ejecutivo o el Legislativo.	
1929	La ciudadanía de las mujeres es reconocida en la constitución de este año. En este año desaparece el requisito de	La Constitución del año 1929 reconocía el derecho del voto a las mujeres.
1979	saber, leer y escribir para gozar de los derechos de ciudadanía.	La cláusula no era irrelevante si se considera que en el año 1950 el 44% de la población era analfabeta, y a mediados de los 70 uno de cada cuatro ecuatorianos eran analfabetos.

Nota. Adaptado de Paz y Cepeda (2007).

Hasta el año 1971, Ecuador estuvo gobernado por partidos liberales. En el año 1972 hubo un golpe militar que se extendió hasta 1979. Tras las elecciones Jaime Roldós fue nombrado

presidente, estuvo en el poder dos años hasta su fallecimiento en un accidente aéreo en 1981, tras lo cual Osvaldo Hurtado asumió la presidencia hasta 1984. Existió una estabilidad política en los gobiernos de León Febres Cordero (1984-1988), Rodrigo Borja (1992-1996), y Sixto Durán Ballén (1992-1996).

Desde el año 1996 hasta el año 2006 existió inestabilidad gubernamental, ningún gobierno terminó su periodo. Abdalá Bucaram fue destituido por corrupción. Por unas horas estuvo en el poder un triunvirato formado por: Carlos Mendoza, Carlos Solórzano y Antonio Vargas. Tras la caída del gobierno de Mahuad tomó el poder el vicepresidente Gustavo Noboa, llevando a cabo el plan de dolarización de la moneda ecuatoriana. En medio de una convulsión política y social se produjeron levantamientos indígenas y civiles en el año 2001 y 2002 como protesta a las reformas económicas. En el año 2002 asumió la presidencia Lucio Gutiérrez hasta el año 2005 que fue destituido por el Congreso Nacional del Ecuador, asumiendo la presidencia el vicepresidente Alfredo Palacio.

En el año 2006, Rafael Correa ganó las elecciones. Durante su mandato, mediante consulta popular se redactó y aprobó una nueva constitución. El 26 de abril de 2009, Correa fue reelegido como presidente, lo que le convirtió en el presidente con el mandato más largo del Ecuador, mediante elecciones populares. En el año 2017, Lenin Moreno asumió la presidencia del Ecuador para el periodo 2017-2021. Guillermo Lasso estuvo en el poder dos años y medio, ya que no terminó su mandato por acusaciones de corrupción (Paz y Cepeda, 2007).

De acuerdo con Human Rights (2024) en un contexto de frágiles instituciones democráticas, Ecuador ha experimentado un fuerte aumento de la violencia y la presencia del crimen organizado, alcanzando niveles de homicidios sin precedentes. En el año 2021, Daniel Noboa fue elegido

presidente en medio de violencia, y preocupaciones persistentes sobre derechos humanos y corrupción. La tasa de homicidios ha aumentado significativamente, situando a Ecuador entre los países más violentos de América Latina.

En consecuencia, el análisis del contexto social y político del Ecuador muestra un entorno turbulento, caracterizado por la inestabilidad en los gobiernos, la constante lucha social del pueblo ecuatoriano ante factores que marcan una sociedad fluctuante y violenta. Además, de la marcada por la corrupción institucional, pública y privada, que deja ver la falta de atención ante las necesidades fundamentales de la población, entre ellas la salud mental y el estigma que se origina con estas patologías.

Comprender este contexto, es clave para cumplir con los objetivos del estudio, analizar como este factor ha contribuido al desarrollo y perpetuación del estigma de la EM.

En el siguiente capítulo se examinará el estado de la cuestión sobre la enfermedad mental en la República del Ecuador, con el fin de obtener una comprensión más detallada y contextualizada de la relación entre las enfermedades mentales y el estigma en el contexto ecuatoriano. Esta acción permitirá identificar áreas clave para la intervención y la mejora en la atención y percepción de las enfermedades mentales en Ecuador.

1.6. Estado de la cuestión sobre el estigma social hacia la enfermedad mental en Ecuador

Dado que uno de los objetivos del estudio es el diseño de estrategias de intervención antiestigma, la presente sección resulta necesaria para contextualizar el estado de la cuestión a partir de los escasos estudios del estigma hacia la EM en el ámbito ecuatoriano y los datos generales de salud mental.

El objetivo de esta sección es analizar la problemática del estigma social hacia las personas con EM en la muestra de ciudadanos ecuatorianos, en coherencia con los objetivos de este estudio,

que es explorar y describir los factores que perpetúan el estigma de la EM (prejuicios, estereotipos y discriminación). Con este fin se examinan aspectos claves como la situación actual de la salud mental, las políticas públicas, la salud mental en poblaciones vulnerables como las indígenas, las políticas en la lucha contra el estigma de la EM en el contexto ecuatoriano.

Los resultados obtenidos de este análisis permitirán identificar y comprender cómo se manifiesta el estigma social hacia las personas con EM en el contexto ecuatoriano en cuanto a los prejuicios, estereotipos y discriminación. Este entendimiento permitirá realizar una descripción precisa del fenómeno, así como se constituirá en una base empírica y teórica que facilitará la propuesta y diseño de programas y estrategias educativos orientadas en la mejora de la percepción social de las personas con EM en el contexto ecuatoriano.

1.6.1 Panorama de la salud mental en Ecuador

Dado que uno de los objetivos del estudio “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos”, es el diseño de estrategias de intervención para la reducción del estigma, resulta necesario contextualizar el estado de la cuestión a partir de los datos generales existentes en salud mental y de las poblaciones en riesgo como la población indígena, lo que permite evidenciar como se construyen, mantienen y reproducen los prejuicios, estereotipos y discriminación en torno a la salud mental en el ámbito ecuatoriano

Este apartado muestra como el estigma hacia la EM sigue siendo una barrera significativa para el acceso a los servicios de salud mental y la integración social de las personas que sufren una EM. El análisis de estos temas, además de contextualizar el estado de la cuestión, permite evidenciar las necesidades reales del país en cuanto a este tema y aporta bases sólidas para el diseño de estrategias de sensibilización y programas que estén orientadas a la reducción del estigma social hacia las personas con EM, considerados en los objetivos del presente estudio.

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2023), a nivel nacional, se despliega una red integral de servicios de salud mental y atención para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, abarcando 468 establecimientos de salud en todos los niveles de atención. El primer nivel se enfoca en Servicios de Atención Ambulatoria y Servicios Ambulatorios Intensivos. Con 281 hospitales y 63 unidades de salud respectivamente. El segundo nivel, cuenta con Unidades de Salud Mental Hospitalaria en 111 hospitales, y el tercer nivel, con 11 Centros Especializados para el Tratamiento de personas con consumo problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD), así como el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro de Atención Ambulatoria Especializado San Lázaro, ubicados en Quito.

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2023) el Sistema Nacional de Salud (SNS), integrado por instituciones como el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto de Seguridad Social del Ecuador (IESS), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional del Ecuador (ISSPOL), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas del Ecuador (ISSFA) y la Red Privada Complementaria (RPC), conjuntamente ofrece servicios de salud mental en 1.007 establecimientos. Guayaquil destaca como uno de los cantones con mayor presencia profesional en salud mental, contando con 83 centros de salud, cinco ambulatorios intensivos, ocho Unidades de Salud Mental Hospitalarias, 17 Unidades de intervención en crisis.

Desde enero de 2023, Ecuador ha implementado un proyecto de Fortalecimiento de Salud Mental, financiado con cerca de USD 27 millones para un período de cinco años, ejecutado por el MSP. Este proyecto se enfoca en el fortalecimiento del talento humano en los servicios de salud, contando actualmente con 1.265 profesionales, incluyendo psicólogos, psiquiatras, trabajo social, y terapia ocupacional. Durante, 2023, se contrataron 179 nuevos profesionales de salud mental para mejorar la cobertura en todo el territorio nacional. En el primer semestre de 2023, a nivel

nacional, se atendieron 608.913 pacientes con diversos diagnósticos, siendo los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes, trastorno del desarrollo psicológico y epilepsia los más comunes. En el ámbito de la prevención del suicidio, el MSP ha brindado 4.893 atenciones oportunas por lesiones autoinfligidas en lo que va de 2023. Durante 2022, se realizaron 3.542 consultas relacionadas con suicidio en jóvenes, evidenciando un aumento en el acceso a estos servicios. Además, 9.332 personas fueron capacitadas en atención a personas con intención y/o intentos suicidas en establecimientos del MSP (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

El Ministerio también está desarrollando una estrategia de prevención del suicidio en colaboración con mesas técnicas y profesionales del MSP, promoviendo una participación intersectorial enfocada en la prevención. El servicio de atención telefónica (en concreto, la línea 171, opción 6) ofrece asesoramiento psicológico e intervención en crisis y ha sido fundamental; de esta forma lo evidencia el testimonio de Sofía, una joven de 22 años que, gracias a la atención especializada recibida, pudo superar un intento de suicidio hace 18 meses. Este proceso se ve respaldado por el cambio en el estatuto orgánico del MSP, que permitió la creación de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas. Esta dirección de la Gobernanza de la Salud, tiene la responsabilidad de liderar el Sistema Nacional de Salud (SNS), permitiendo el desarrollo de políticas y normativas aplicables no solo al MSP, sino con alcance a todo el SNS. Este enfoque integral subraya el compromiso del Ecuador en fortalecer sus servicios de salud mental y promover el bienestar de su población (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

Un estudio acerca del sistema de salud mental de Ecuador, se realizó a petición del Ministerio de Salud Pública de Ecuador con la participación de la OPS y el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS (2015) que recopilaron información sobre los siguientes

ámbitos: políticas y marco legislativo; servicios de salud mental; salud mental en la atención primaria de salud; recursos humanos; educación pública en relación con otros sectores; y evaluación e investigación a través del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (2008).

De acuerdo con este informe se hallaron los siguientes desafíos:

a. Una limitada asignación presupuestaria (1.46% del presupuesto total de salud y, de este, el 50% se destina a hospitales psiquiátricos), lleva a una falta de recursos para atender la salud mental.

b. Ausencia de una ley de salud mental que regule temas importantes como la reglamentación de las admisiones involuntarias, el manejo de las capacidades legales en personas con trastornos mentales graves, y la declaratoria de inimputabilidad general para las personas con enfermedades mentales en conflicto con la ley. Esta ausencia implica un vacío legal en la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y limita el acceso a la atención en salud mental.

c. Barreras para el acceso a la atención en salud mental debido a la concentración de los hospitales solo en zonas urbanas. Se evidenciaron además otras condiciones desfavorables, entre ellas el fenómeno del estigma y la marginación, la falta de capacitación del personal no especializado, la carencia de disponibilidad de las medicinas psicotrópicas, la necesidad de psiquiatras y de articulación entre los niveles de atención. Esto hace que la atención en salud mental sea limitada y excluyente.

Ante estos desafíos, las posibles respuestas de la OMS son las siguientes:

a. Fortalecimiento de la atención comunitaria, aumentando el número de Centros Ambulatorios Intensivos en Salud Mental y la preparación de los centros de salud comunitarios

para que puedan atender casos de personas con enfermedades psiquiátricas. También se sugiere la creación de unidades residenciales para los pacientes que no pueden acceder a una reinserción familiar, con el fin de fomentar la atención comunitaria y la desinstitucionalización de los pacientes.

b. Promoción y protección de los derechos humanos, mediante la creación de una legislación específica para reglamentar las admisiones involuntarias, las tutelas y las curatelas y el manejo de personas con trastorno mental en conflicto con las leyes del país, y la fomentación de la protección de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.

c. Capacitación del personal no especializado, junto con el apoyo y supervisión de los psiquiatras para lograr una atención de calidad en salud mental. Además, de la existencia de las medicinas psicotrópicas y la asignación de camas específicas para personas con enfermedades mentales en los hospitales. Para ello, se recomienda facilitar presupuestos hacia los niveles de menor especialización y fortalecer el sistema de coordinación entre los diferentes niveles de atención.

En la misma línea, Zúñiga y Riera (2018) evidencian un patrón de abandono y exclusión por parte de las autoridades hacia las personas consideradas «locas». Se destaca una marcada disociación entre la academia y las autoridades sanitarias, donde la atención primordial parecía centrarse en el número de pacientes atendidos con una mínima inversión, dejando de lado la calidad del cuidado y el bienestar de los pacientes.

A pesar de este panorama desilusionante, la Universidad Central ha contribuido significativamente a la investigación y establecimiento de terapias tanto biológicas como psicoterapéuticas para aquellas personas con EM. Sin embargo, la formación académica actual continúa siendo predominantemente médica. Además, la salud mental requiere de una respuesta

política adecuada y una mayor inversión per cápita, pues, de acuerdo con el diario La Hora (2022) su inversión es de apenas \$1,5 al año, en comparación con el promedio de \$13,8 en América Latina. A pesar de que las afecciones psicológicas son reconocidas como una pandemia silenciosa por la OMS, el país gasta nueve veces menos en salud mental que el resto de la región.

Esta falta de inversión tiene consecuencias económicas y sociales, según el Foro Económico Mundial, pues repercute en una disminución de hasta un 30% en los ingresos a lo largo de la vida laboral, más gastos en esta enfermedad y una peor calidad de vida. La falta de cobertura de seguros privados y la escasez de opciones en el sistema público dificultan el acceso a tratamientos. Las consultas psicológicas o psiquiátricas, que pueden superar los \$40, representan una carga financiera considerable.

Además, los países con bajos presupuestos en salud mental, como Ecuador, donde se estima que más del 40% de las personas adultas sufren depresión, ansiedad, fobias y desórdenes alimenticios, terminan gastando más en problemas derivados (alcoholismo, violencia, enfermedades físicas agravadas y suicidios). Por lo que es necesario invertir en la salud mental de niños y jóvenes para prevenir agravamientos en el futuro.

Es esencial considerar que el estigma de la EM puede incidir en poblaciones particulares dentro del territorio ecuatoriano, tal como ocurre con los pueblos indígenas. Existen obstáculos culturales y lingüísticos que dificultan el acceso a la atención médica y la comprensión de la salud mental en dichas comunidades, lo que a su vez puede reforzar la presencia del estigma y la difusión de concepciones equivocadas en torno a las EM. Aunque algunos países aún no tienen políticas nacionales de salud mental como Ecuador, se han logrado avances en países de ingresos medios y bajos con la implementación de programas de salud mental como en el contexto de Latinoamérica.

Sin embargo, estos programas enfrentan desafíos en su operacionalización, financiamiento y adaptación a las realidades socioculturales de cada país (Leiva-Peña et al., 2021).

A pesar de los avances, como la incorporación de los criterios clínicos en el tratamiento, la atención de las personas con EM continúa siendo precaria debido a la falta de recursos económicos y la falta de organización en la administración hospitalaria.

En Ecuador se han realizado esfuerzos por integrar la salud mental en la atención primaria mediante el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, no obstante, persisten las barreras estructurales y culturales que dificultan su implementación efectiva. La falta de dotación presupuestaria gubernamental, la insuficiencia de profesionales de salud mental, la falta de conocimiento acerca de la salud mental comunitaria, la prevalencia del modelo biomédico que deja de lado los componentes familiares y comunitarios, la escasez de instituciones académicas que ofrezcan estudios relacionados a la salud mental con orientación comunitaria son factores que contribuyen a perpetuar el estigma hacia las personas que sufren EM (Camas, 2018).

El panorama de la salud mental en el Ecuador evidencia que el estigma social hacia la EM en Ecuador persiste y está reforzado por factores estructurales, culturales y políticos. La falta de atención en salud mental, los escasos presupuestos estatales, la falta de formación comunitaria en salud mental y la falta de políticas contra la estigmatización forman un escenario complejo que repercute negativamente en la percepción social de la EM y en la calidad de vida de las personas quienes la sufren.

Este análisis ha permitido cumplir con los objetivos de la investigación. Ha proporcionado el contexto sanitario para comprender como son el ideario social sobre la EM en el país. Además, ha permitido identificar los principales focos de estigmatización, especialmente en las poblaciones vulnerables como los pueblos indígenas y las zonas rurales. Finalmente, esta revisión muestra la

urgencia de diseñar estrategias educativas, estatales y comunitarias de sensibilización e integración social para esta parte de la población ecuatoriana. Esta relación directa con los objetivos de la investigación justifica un estado de la cuestión detallado, dentro de lo que existe en Ecuador sobre la materia, lo cual ha estado orientado a generar conocimiento útil para futuras investigaciones y para el diseño de estrategias en la lucha contra el estigma de la EM.

1.6.2 Estigma y salud mental en las poblaciones indígenas

El análisis de la salud mental en las poblaciones indígenas del Ecuador es relevante para el cumplimiento del objetivo general de la investigación, ya que permite visibilizar y comprender las manifestaciones del estigma hacia la EM dentro de este contexto intercultural, permitiendo el diseño de estrategias de intervención respetando las particularidades culturales y sociales de estas poblaciones.

Por lo tanto, el estudio de esta sección es necesaria para la comprensión integral de cómo se construyen y reproducen los prejuicios en un ámbito pluricultural como Ecuador, visibilizando las formas de estigma externo (discriminación institucional, barreras de acceso a servicios de salud mental) como desde el entorno interno (interpretaciones culturales de las poblaciones indígenas de la enfermedad mental, su cura y el estigma asociado).

Los desafíos que enfrentan las poblaciones indígenas en cuanto al estigma y la salud mental se deben a factores culturales, estructurales y socioeconómicos. En cuanto a su contexto cultural y sus concepciones acerca de la salud mental:

Los contextos indígenas ecuatorianos tienen una visión propia sobre la salud mental conectada a creencias ancestrales vinculadas a su relación con la naturaleza, sus ancestros y el equilibrio espiritual.

La EM se interpreta como un desequilibrio entre el individuo, la comunidad y el entorno y se aborda mediante rituales, medicina ancestral y la intervención de chamanes o yachaks¹²

En cuanto al origen de la EM, se creen que son castigos divinos o posesiones espirituales, lo que origina discriminación y rechazo de las personas afectadas dentro de las comunidades indígenas.

En cuanto a las barreras estructurales y al acceso de servicio, se evidencia que la pobreza y la falta de infraestructura y las distancias geográficas son una barrera en el acceso a los servicios de salud mental.

Existe discriminación institucional hacia estas comunidades. Los sistemas de salud mental operan bajo un modelo biomédico que ignora o minimiza los sistemas ancestrales de sanación tradicionales indígenas, lo que genera desconfianza y desincentiva la búsqueda de ayuda profesional.

Las personas indígenas que sufren una enfermedad mental sufren el impacto de un doble estigma, enfrentan los prejuicios por su condición de salud, así como por su identidad étnica, especialmente en los entornos urbanos.

El impacto del estigma se revela en las comunidades indígenas por la exclusión social que sufren, lo que lleva al aislamiento de las personas con EM, afectando su participación en las actividades comunitarias. Otra consecuencia es el agravamiento de la salud mental, ya que el

¹² Palabra quechua que significa sabios o curanderos tradicionales en las culturas andinas. Son expertos en medicina ancestral, espiritualidad y conocimientos tradicionales, desempeñan un papel fundamental en la salud y el bienestar de las comunidades indígenas.

estigma y la falta de acceso a los servicios de salud mental empeoran trastornos como la depresión, la ansiedad y las adicciones (Libro Salud Mental en Ecuador, 2023)

La investigación llevada a cabo por Guedez et al. (2023), basada en estudios epidemiológicos entre 2001 y 2014, indica que Ecuador presenta una elevada incidencia de suicidios en adolescentes y jóvenes, con un total de 4.855 registrados durante ese periodo. En cuanto a las comunidades indígenas, el 40% de estos suicidios se concentran en la región amazónica. El método más frecuentemente empleado fue el ahorcamiento, seguido por el envenenamiento con pesticidas. Las comunidades indígenas en América Latina, y específicamente en Ecuador, enfrentan condiciones extremas de precariedad y pobreza, lo que ha provocado amenazas de suicidio colectivo como una forma de protesta.

De acuerdo con Gerstner et al. (2018) en Ecuador, durante los periodos 2001-2007 y 2008-2014, el suicidio de jóvenes y adolescentes aumentó de 11% al 27%. Entre 2001 y 2014 hubo 4.855 suicidios entre la población adolescente y jóvenes del Ecuador. La población de riesgo está entre las personas de sexo masculino entre los 15 y 24 años de edad. El método más frecuente utilizado en estos casos fue el ahorcamiento seguido por el envenenamiento con pesticidas. Las bases estructurales y económicas occidentales ejercen un impacto directo sobre las comunidades indígenas, influenciando prácticas como el extractivismo de recursos y políticas gubernamentales que afectan su estilo de vida y conexión con la naturaleza.

Frente a esta situación, la respuesta ha sido la búsqueda de fortalecimiento del autogobierno y la soberanía indígena sobre sus territorios, así como el respeto a modos de producciones sostenibles y saludables. Acompañar estos movimientos podría facilitar la reconexión de estas comunidades con la naturaleza, buscando la curación, incluida la salud mental, de acuerdo con sus códigos culturales, en un intento de restaurar y reequilibrar su entorno.

Adicionalmente, la amenaza suplementaria de la deculturación afecta a los pueblos indígenas, contribuyendo a la pérdida de sus raíces, creencias y valores. Prácticas como la creación de internados y escuelas por parte de misioneros, la conversión forzosa de creencias religiosas y la reubicación en comunidades distantes de sus territorios ancestrales han perturbado las relaciones intergeneracionales y generando agitación social y cultural, resultando en la vulnerabilidad de estas poblaciones a problemas de salud mental (Gerstner et al., 2018).

Entre los desafíos para la salud mental en el contexto de las poblaciones indígenas ecuatorianas se evidencia la persistencia de prejuicios y estereotipos hacia la salud mental, donde la EM suelen asociarse a creencias tradicionales, estigma y explicaciones sobrenaturales.

Otros factores que perpetúan el estigma de la EM en las comunidades indígenas destacan la pobreza, la discriminación, la desintegración familiar, la migración, y la pérdida de sus referentes culturales que afectan negativamente la salud mental.

Otra barrera que enfrentan es el acceso al sistema de salud ecuatoriano, que presentan limitaciones para responder a las necesidades específicas de esta población como la integración de los saberes ancestrales en los programas de salud mental y a la falta de formación de parte del personal en interculturalidad. El contacto respetuoso entre los profesionales de la salud mental y las comunidades indígenas mediante la integración de sus prácticas ancestrales y occidentales, podrían favorecer la reducción del estigma y mejorar la aceptación de la atención profesional dentro de estas comunidades (Binario, 2023).

El análisis de este tema, ha permitido la comprensión de las representaciones sociales en contextos culturales diversos. Se visibiliza como factores estructurales, culturales y económicos inciden en la construcción y perpetuación del estigma, evidenciando la urgencia de incorporar enfoques interculturales en las políticas y servicios de salud mental. Finalmente, aporta elementos

claves para el diseño de estrategias educativas y comunitarias para la mejora de la percepción social y el bienestar integral de las personas que sufren de EM en estas comunidades.

1.6.3 Políticas de salud mental en el país

La política de salud mental en Ecuador enfrenta desafíos significativos, especialmente en cuanto al financiamiento, el número insuficiente de profesionales de la salud y la organización de los servicios. La asignación de recursos tiende a concentrarse en intervenciones hospitalarias, especialmente en hospitales psiquiátricos, en lugar de adoptar un enfoque más equitativo y regionalizado. La mayoría de los servicios están centralizados en grandes ciudades como Quito, Guayaquil y Cuenca (Guedez et al., 2023).

Según el Ministerio de Salud Pública et al. (2008) el primer Plan Nacional de Salud Mental estableció principios rectores, destacando la integración de acciones de salud mental en la atención general con un enfoque integral que aborda los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, y la participación de la comunidad. Sin embargo, la implementación de estos principios ha enfrentado obstáculos, incluida una falta de descentralización y coordinación efectiva. A principios de la década de 2000, se intentó modernizar los hospitales psiquiátricos, pero la resistencia del público y los familiares impidió la transición hacia nuevos modelos de atención comunitaria. Durante esta época, se registró una crisis en el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos, y las acciones en promoción y prevención de la salud mental eran fragmentadas.

De acuerdo con la evaluación de la Organización Panamericana de la Salud (2008) que realizó a Ecuador en salud mental, donde destacó aspectos como el marco legislativo, el financiamiento, la organización de servicios y los derechos humanos. A pesar de algunas disposiciones en la Ley Orgánica de Salud de 2006 relacionadas con la salud mental, la falta de una ley específica y de documentación estandarizada fue evidente. En cuanto a los derechos

humanos de los pacientes, a pesar de las declaraciones en los lineamientos de la política de salud mental, no se ha realizado una evaluación práctica de su cumplimiento en los servicios de salud mental. En 2007, más de la mitad de la población interna en hospitales psiquiátricos tenía largas estancias, indicando la necesidad de mejorar las condiciones y los enfoques de atención. En el año 2008, Ecuador experimentó cambios significativos en diversos sectores, impulsados por la aprobación de la Constitución del 2008.

Estos cambios también se reflejaron en el ámbito de la salud con la aprobación del Modelo de Atención Integral de Salud en 2012, que buscaba implementar un enfoque familiar, comunitario e intercultural. De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (2012) con relación al plan de salud mental para los ecuatorianos, se propuso la necesidad de solucionar los problemas de salud mental de la población dentro de un contexto comunitario. Mediante la utilización de estrategias donde intervengan la familia y la comunidad, facilitando un entorno más inclusivo y comprensivo hacia las personas afectadas con el objetivo de promocionar una cultura de apoyo y cuidado a las comunidades.

En el año 2014, aún no existía una instancia específica dedicada a la salud mental dentro del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). El Plan Estratégico Nacional de Salud Mental fue desarrollado en este contexto, identificando varios desafíos en el sistema de salud mental del país. El estatuto orgánico actual del MSP asigna el componente de salud mental a tres direcciones, destacando la falta de estrategias intersectoriales, la ausencia de normativas para la atención integral de salud mental y limitado acceso a servicios y profesionales.

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2021) el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental de Ecuador, concebido para 2015 - 2017, propuso precautelar la salud mental de la población mediante un enfoque integral promocionando la salud y prevención de la salud mental.

Fortaleciendo los servicios de salud mediante la mejora de la infraestructura y capacitación del personal, así como la promoción del aumento de los profesionales de la salud mental. Este programa integraba a las personas que sufren de adicciones con drogas. Se evidenció la necesidad de que el Ministerio de Salud Pública tuviera una dirección clara y coordinada para mejorar las políticas en salud mental. También se propuso la promoción de la investigación en la mejora de la salud mental.

En Ecuador, la investigación sobre la morbilidad psiquiátrica ha sido heterogénea en términos de instrumentos, sujetos y cálculos de muestra, generando la necesidad de estudios más adaptados a la realidad y recursos del país. En este contexto, el estudio de Cárdenas y Parada (2023) destaca por su análisis de las diferencias metodológicas entre los estudios de morbilidad psiquiátrica en la población general. Entre los trastornos más frecuentes se destacó la ansiedad, la depresión, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de comportamiento debido al consumo de drogas. Este estudio resalta la importancia de las evaluaciones relacionadas con el bienestar psicológico y mental de la población. Además, sugiere la utilidad de aplicar escalas de satisfacción familiar y otros instrumentos vinculados con la psicología positiva, que abordan constructos psicológicos como la empatía, la resiliencia, la capacidad para resolver conflictos y el manejo del estrés. Los hallazgos de esta investigación pueden ser fundamentales para la planificación de servicios y políticas de salud mental en Ecuador (Cárdenas y Parada, 2023).

A continuación, se exploran las investigaciones del estigma social hacia la enfermedad mental desde el año 2013 hasta la actualidad, con el fin de comprender las tendencias actuales en cuanto a este fenómeno social en Ecuador.

El análisis de las políticas de salud mental en Ecuador, ha permitido identificar vacíos estructurales y culturales que repercuten directamente en la persistencia del estigma hacia la EM

y hacia el bienestar e integración social de las personas que lo sufren. A pesar de algunos avances normativos, se observa una falta de implementación de modelos integrales, comunitarios e interculturales, lo cual es limitada, dando lugar a una atención mental fragmentada, centralizada en las dos grandes ciudades del país Quito y Guayaquil, además de ser poco sensible a las diferentes realidades sociales, étnicas y geográficas del país. Para el cumplimiento de los objetivos de la investigación, se ha encontrado que el estigma social hacia la EM se refuerza por las estructuras institucionales y por las políticas públicas del país, lo que permite interpretar las percepciones sociales en cuanto a los prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias de la población, en especial en los contextos de desigualdad social, exclusión territorial y la escasa formación profesional en salud mental.

Finalmente, esta revisión respalda la necesidad de continuar haciendo investigaciones como la presente, con el fin de conocer la percepción social y estigma de la EM en Ecuador, lo que puede dar una base en la mejora de las políticas públicas e institucionales de la salud mental.

1.6.4 Políticas orientadas a la reducción del estigma en Ecuador

En Ecuador no existen políticas nacionales para combatir el estigma asociado a la EM, no obstante existen algunas iniciativas puntuales concentradas especialmente en la capital Quito. Estos programas reflejan esfuerzos significativos en la lucha contra el estigma de la EM en Ecuador. Sin embargo, su alcance es limitado en términos de cobertura nacional y de continuidad en el tiempo. La ausencia de programas nacionales liderada por el gobierno central destaca la necesidad de desarrollar estrategias integrales que aborde esta problemática de manera más amplia y persistente.

Christian Navas y la psicóloga Amée Dubois han organizado la cooperativa de trabajo Huertomanías ubicada en Nayón, Quito, emplean a personas con trastornos mentales como la

esquizofrenia, bipolaridad y depresión. Su objetivo es ayudar en la inclusión laboral mediante actividades agrícolas, en la producción de mermeladas e infusiones, esta iniciativa está activa desde el año 2015 hasta la actualidad (El País, 2024).

Otra campaña denominada “Desarmando estigmas” ha sido organizada por el Centro de Salud Mental de la Universidad San Francisco de Quito, activa desde diciembre de 2022 hasta la actualidad, ofrece una exposición de fotografías y testimonios de ecuatorianos afectados por estas patologías con el objetivo es concientizar sobre la importancia de la salud mental y promover la empatía hacia las personas con EM, mostrando la complejidad de vivir con un trastorno psiquiátrico y enfrentar el estigma asociado a la enfermedad, con un enfoque educativo y de sensibilización (Universidad San Francisco de Quito, 2022).

La universidad de San Francisco de Quito y el Hospital McLean han fundado “Deconstructing Stigma – Ecuador”, se presentan historias y fotografías de personas que viven con enfermedades mentales, con el objetivo de aumentar la conciencia del público sobre la salud mental y reducir el estigma asociado mediante exposiciones y actividades educativas en espacios públicos y académicos.

La OPS desarrolla la campaña regional activa desde octubre de 2022 hasta la actualidad, “Haz tu Parte” con el fin de frenar el estigma y la discriminación que experimentan las personas con salud mental, por medio de mensajes en las redes sociales y actividades comunitarias, promoviendo la interacción de las personas con EM con la comunidad. Esta organización alienta a las personas con EM a compartir sus historias.

Finalmente, Fundamedios junto a la Universidad Técnica Particular de Loja han desarrollado la campaña “Romper con el estigma desde el periodismo consciente”, programa que por medio de webinars, proporciona conocimiento y herramientas a periodistas para abordar temas

relacionados con la salud mental de manera informada y sensible, con el propósito de reducir el estigma hacia la EM y promover una cobertura mediática responsable.

En este ámbito, la escasez de políticas públicas gubernamentales a nivel nacional y la falta de estudios sistemáticos sobre la percepción social del estigma en torno a la EM en Ecuador justifican la necesidad de abordar este fenómeno social desde un enfoque cuantitativo descriptivo, este enfoque que tiene el presente estudio permite generar una base de evidencia empírica que puede servir para futuros estudios focalizados en el diseño, implementación y evaluación de políticas anti-estigmas a nivel nacional. En ausencia de investigaciones previas robustas y de políticas gubernamentales estructuradas, resulta esencial primero describir el fenómeno de la percepción de la EM, para luego orientar intervenciones en estudios más específicos y focalizados en políticas anti-estigma y su impacto.

Este análisis acerca de las políticas dirigidas a combatir el estigma de la EM en Ecuador, revela la alarmante ausencia de políticas públicas integrales y sostenidas. Si bien existen algunos esfuerzos realizados a nivel local desde el ámbito comunitario y académico es limitado y su cobertura es limitada y escasa. Lo que pone de manifiesto la imperiosa necesidad que seguir generando conocimiento científico que permita fundamentar el diseño de estrategias nacionales para combatir el estigma hacia la EM.

En este sentido, la investigación “La percepción de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos”, responde directamente a esa necesidad, contribuyendo con una base empírica que describe y analiza cómo se manifiesta la percepción del estigma, convirtiéndose en una base importante en el diseño del desarrollo de políticas públicas focalizadas, sostenibles y culturalmente pertinentes, orientadas a la mejora de la percepción social de las personas con EM y a su integración integral en la sociedad ecuatoriana.

1.6.5 Investigaciones científicas del estigma social hacia la enfermedad en Ecuador:

Aportes y necesidades

En Ecuador, la investigación sobre las consecuencias del estigma social vinculado a las EM es limitada, creando una brecha significativa en la comprensión del estigma relacionado con la salud mental de la población y contribuyendo a la discriminación, la exclusión social y la accesibilidad a los servicios de salud mental.

Se han llevado a cabo algunas investigaciones, que han analizado diversas dimensiones del estigma asociado a la EM, desde las consecuencias que afectan la vida de las personas que padecen estas enfermedades, el acceso a la atención en salud mental, su influencia en la calidad de vida y el bienestar de las personas afectadas y sus familias.

El estudio de Saavedra (2024) tuvo el objetivo de analizar el estigma de la EM como barrera de acceso a los servicios de salud mental, aplicando una metodología cuantitativa descriptiva, con una muestra de 54 personas. El propósito del estudio era analizar cómo el estigma de la EM afecta el acceso a los servicios de salud mental en una comunidad del sur de Quito. Se encontró que existían actitudes de rechazo, desconfianza y miedo hacia las personas con EM. El origen de este estigma se situó por la influencia de creencias religiosas, experiencias familiares y el desconocimiento de la EM. En cuanto a las consecuencias psicosociales, la enfermedad generaba vergüenza y aislamiento, lo que disuadía a los pacientes a buscar ayuda profesional. En conclusión el estudio resalta la importancia de abordar el estigma de la enfermedad mental desde una perspectiva integral, modificando actitudes y promoviendo prácticas inclusivas (Saavedra, 2024).

Cueva y De la Torre (2023) realizaron un estudio sobre salud mental y estigma mediante una revisión bibliográfica, cuyo objetivo era conocer la relación entre el nivel de alfabetización en salud mental y estigma percibido en adolescentes ecuatorianos entre 13 y 18 años, se evidenció

una relación directa entre la falta de conocimiento de la EM y la mayor presencia de estigma hacia las personas con EM. Se percibe de manera estigmatizante el origen de la enfermedad mental, se la relaciona con la debilidad personal de carácter o la falta de fuerza de voluntad. Se estereotipaba a las personas con EM como peligrosas e impredecibles. En cuanto a la discriminación, se evidenció en conductas de exclusión y evitación social hacia personas que padecen estas patologías. Con relación a los objetivos de este estudio, se evidencia que el desconocimiento de la EM alimenta el estigma, y que el contacto directo con personas con EM es un factor clave para reducir prejuicios y discriminación.

El estudio con metodología cualitativa realizado en la ciudad de Quito - Ecuador de Díaz y Villacrés (2023) tenía como objetivo analizar cómo los estudiantes del área de salud percibían a las personas con EM grave, con una muestra de 19 estudiantes. Se identificaron estereotipos, considerando a estas personas peligrosas y con conductas impredecibles, lo que les llevaba a tener conductas discriminatorias de rechazo, desconfianza y distanciamiento social.

Además, se identificó una falta de empatía en algunos estudiantes, determinándose que podía afectar la calidad de atención y el trato a los pacientes. Se evidenció cómo los estereotipos se perpetúan incluso en profesionales de salud mental en formación. En cuanto a las causas de este estigma, se señaló que el entorno académico, la cultura institucional, la falta de formación en salud mental contribuyen a la formación de actitudes estigmatizantes. Se concluyó que los estudiantes con mejor formación en salud mental y que hayan tenido contacto previo con personas con EM tenían actitudes más empáticas y comprensivas en comparación con los estudiantes que tenía una formación limitada. Se recomienda realizar educación en salud mental temprana (Díaz y Villacrés, 2023).

En la misma línea, se realizó otro estudio con metodología cuantitativa comparativa, de diseño no experimental, de cohorte transversal, con el objetivo de medir el estigma hacia la EM entre estudiantes de Ciencias Psicológicas y Psicología clínica, con una muestra de 180 estudiantes, se usó como instrumento la escala de Actitudes de Profesionales de la Salud hacia los Trastornos Mentales Graves. Los resultados mostraron que los estudiantes de Ciencias Psicológicas tenían, en mayor medida, el estereotipo de que las personas con EM eran peligrosas, violentas, impredecibles y que no podían realizar sus actividades diarias con normalidad, además con la imposibilidad de recuperación. Se concluyó que los estudiantes de Psicología clínica tuvieron menos estigma debido a que sus estudios se enfocan en la evaluación, diagnóstico y tratamientos de la EM y están expuestos a usuarios con una amplia variedad de estas patologías. Los resultados revelan que el contacto directo y la formación específica con personas con EM contribuyen a la reducción del estigma. Se recomendó fortalecer la educación en salud mental desde los primeros niveles de formación universitaria (Echeverría, 2023).

Así mismo, Colango y Trujillo (2022). Realizaron una investigación cualitativa mediante la revisión sistemática de documentos secundarios y terciarios, cuyo propósito era describir los efectos que generan la estigmatización hacia las personas con EM. Los resultados mostraron que la falta de ingresos económicos en las personas con EM, limita el ingreso a los servicios de salud mental, lo que repercute la calidad de vida y dificulta la adherencia a tratamientos efectivos de salud mental. El estigma que enfrentan estos pacientes incide negativamente en el desarrollo de habilidades sociales, la integración social y a las relaciones interpersonales, lo que lleva al aislamiento y a la exclusión laboral y educativa.

No obstante, de los avances en la legislación ecuatoriana que garantiza el respeto a los derechos humanos como la igualdad, la autonomía y la no discriminación, se encontraron desafíos en cuanto

a la implementación efectiva de estos derechos y en la reducción de actitudes estigmatizantes en la sociedad ecuatoriana. Se recomienda promover campañas de sensibilización, educación y estrategias comunitarias para fomentar la empatía, el respeto y a la integración social de estas personas (Colango y Trujillo, 2022).

Terán y Moreno (2019) realizaron una investigación cuyo objetivo era evaluar los niveles de estigma en estudiantes próximos a graduarse de psicólogos, con una metodología cuantitativa, método inductivo-deductivo, con una muestra de 41 estudiantes. Se evidenció que a pesar de su formación en ciencias de salud mental, se encontraron actitudes paternalistas, con evitación social de estas personas, y la creencia de que EM los hace incapaces de trabajar. Este estudio muestra que el conocimiento académico sobre la EM no es suficiente, si no va acompañado con el contacto personal con estas personas para erradicar el estigma.

La revisión de los estudios científicos acerca del estigma social hacia la EM, ha evidenciado un campo emergente, aun en desarrollo, que revela algunos hallazgos pero también notables vacíos. Se ha identificado factores claves en la formación y perpetuación del estigma como el desconocimiento generalizado de la EM, la escasa formación en salud mental, inclusive dentro de los estudiantes de salud, la influencia persistentes de los estereotipos negativos de las personas con EM como la peligrosidad y la imprevisibilidad de comportamiento. Además, se ha encontrado que el contacto directo con personas con EM y la educación especializada contribuyen positivamente a reducir las actitudes estigmatizantes.

Estos hallazgos ayudan a desarrollar los objetivos del presente estudio, al evidenciar como el estigma social no solo afectan a las personas que sufren la enfermedad, sino que afectan a la integración social de las personas que lo padecen. También se demuestra, la necesidad de abordar el estigma desde un enfoque multidimensional, multicausal y socialmente condicionado, cuya

comprensión desde un enfoque cuantitativo – descriptivo, como el de esta investigación, puede ser un paso esencial para la generación de políticas públicas y estrategias de sensibilización social con bases científicas en el ámbito ecuatoriano.

Segunda parte

2. Introducción

La investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” tiene como objetivo analizar las percepciones sociales de la muestra estudiada acerca del estigma hacia las personas con una EM, desde una perspectiva educativa y sociohistórica. En el numeral 2.1 se desarrolla el planteamiento del problema, donde se incluye la justificación del estudio, el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación y las hipótesis, constituyéndose en la base conceptual del estudio, delimitando el objeto de estudio y su relevancia en el ámbito ecuatoriano.

En la sección 2.2 contiene el diseño metodológico de la investigación donde se describen los aspectos técnicos y procedimentales del estudio. Se presenta el tipo y diseño del estudio, las variables consideradas, información sobre la muestra, el instrumento utilizado en la encuesta. Se explican la validez y confiabilidad del instrumento, la recolección de datos y sus consideraciones éticas, y el cronograma que guio la ejecución de la investigación.

Esta estructuración permite fundamentar el análisis empírico con bases teóricas y metodológicas sólidas, dando lugar a una comprensión del estigma de la EM en el ámbito ecuatoriano.

2.1 Fundamentación del estudio

2.1.1 Justificación del estudio

El estigma hacia las personas que sufren una EM dentro del contexto ecuatoriano, profundiza el problema médico que tienen. Además, de sufrir la enfermedad, tienen que enfrentar los prejuicios y los estereotipos sociales con los que son marcados, dando lugar a la marginación social en los contextos laborales, educativos, el acceso a los servicios médicos, las relaciones interpersonales, ocasionando la destrucción y el deterioro de muchas vidas. El estigma de la EM

es un fenómeno social complejo que trasciende lo clínico, se manifiesta como una construcción social aprendida y reproducida en los contextos educativos, familiares y comunitarios (Corrigan y Watson, Thornicroft, 2022). Su análisis desde una perspectiva socioeducativa e histórica permiten identificar factores socioculturales que pueden ser intervenidos con el objetivo de fomentar la inclusión social y el respeto a los derechos humanos.

Este estudio adopta un enfoque socioeducativo e histórico para analizar cómo se construyen, mantienen y reproducen los elementos principales del estigma (prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias). Además, ayudará a comprender como el contacto o no con personas con EM influye en el estigma, aportando información valiosa en el diseño de intervenciones efectiva en la lucha contra el estigma en el contexto ecuatoriano. El estudio se ha realizado en el marco de las políticas globales de salud mental (OMS, 2021) y se justifica la necesidad de investigaciones locales que analicen cómo el estigma se manifiesta en las actitudes sociales.

El estigma de la EM se ha investigado desde los años sesenta, con la aparición de uno de los estudios pioneros de Goffman (1963) “La identidad deteriorada”. En Latinoamérica y particularmente en Ecuador, persiste una carencia de estudios científicos sobre la estigmatización de la salud mental. La falta de conocimiento de cómo es y cómo se manifiesta el estigma en el contexto ecuatoriano, se convierte en una barrera en el diseño de intervenciones antiestigmas adaptadas al país que permitan ayudar a la inclusión social y a la mejora de la calidad de vida de las personas que sufren una EM.

La elección del tema de investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” se fundamenta como respuesta a la necesidad urgente de comprender el fenómeno del estigma hacia la EM en el contexto ecuatoriano con el fin de poder

contribuir en el diseño de estrategias que ayuden a mejorar la inclusión social de esta parte de la población ecuatoriana que enfrentan además de la enfermedad la carga del estigma social.

El estudio “La percepción de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” busca aportar conocimiento científico aplicable en el campo de las ciencias sociales y la educación, contribuyendo de forma pionera a la comprensión del estigma de la enfermedad mental en el ámbito ecuatoriano. La escasez de investigaciones científicas previas y la no existencia de políticas públicas claramente establecidas sobre esta problemática social en Ecuador, **hace que este estudio se convierta en una aproximación inicial de este fenómeno desde una perspectiva no clínica**, con el fin de que sirva como base para el diseño de estrategias de educación, sensibilización y acción comunitaria orientadas a reducir el estigma vinculado a la EM, promover la inclusión social y fomentar una sociedad ecuatoriana más empática y respetuosa de los derechos humanos de las personas con EM.

2.1.2 Planteamiento del problema

El estigma social hacia las personas con EM continúa siendo un fenómeno social invisibilizado y normalizado en el contexto latinoamericano, incluido Ecuador. La falta de investigaciones en la región latinoamericana ha sido evidenciada por diversas revisiones sistemáticas como las realizadas por Angermeyer y Dietrich (2006), quienes analizaron 62 estudios acerca del estigma público de la enfermedad mental, encontraron que ninguno de ellos se centraba en la población de América Latina. Así mismo, Peluso y Blay (2004) y Mascayano et al., 2015, hicieron otras comprobaciones sistemáticas acerca de las percepciones del público en general de América Latina hacia la EM, evidenciaron que hay una escasez de investigaciones sobre el tema en cuestión, destacan la falta de información regional, lo cual dificulta la elaboración de políticas públicas o intervenciones educativas. De igual manera, el estudio ecuatoriano de Mogro (2024)

acerca del estigma de la EM, subraya la necesidad de seguir explorando y haciendo estudios acerca de esta problemática.

Además, este estudio se plantea como una respuesta a la necesidad de conocer cómo percibe la muestra de ciudadanos ecuatorianos a las personas que sufren EM, convirtiéndose en un estudio pionero sobre esta temática en el contexto del Ecuador desde un enfoque multidimensional. La problemática del estudio es identificar, describir y analizar los componentes claves del estigma social (prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias) y cómo influyen en el trato hacia las personas que tienen estas dolencias. El abordaje de estos componentes permite delimitar con claridad este fenómeno social y enmarcarla en el campo de las ciencias sociales y de la educación, alejándola de un enfoque clínico o psicopatológico. Comprender como se construyen y reproducen estos imaginarios sociales es esencial para el diseño de estrategias en la prevención, sensibilización y educación ciudadana con el fin de promover una sociedad más inclusiva, empática y respetuosa de los derechos humanos de este segmento de la población ecuatoriana.

El estigma social hacia las personas que sufren enfermedades mentales tiene consecuencias devastadoras, las personas con EM sufren con la sintomatología de la enfermedad y además tienen que enfrentar el estigma social vinculado a estas patologías, convirtiéndose en una barrera en el acceso en la educación, el trabajo, la atención sanitaria, las relaciones interpersonales y a su integración social plena. Las manifestaciones del estigma hacia las personas que tienen EM se manifiestan por medio de los prejuicios, los estereotipos y las conductas discriminatorias que generan la exclusión social, el aislamiento y el autoestigma, que golpean la vida de los pacientes y sus familias. No obstante los avances en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con estas patologías, el estigma social se sigue manifestando en diversos ámbitos como el educativo, laboral y comunitario.

En este marco, la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” se enfoca en el análisis del estigma de la enfermedad mental. Este es un problema multidimensional que implica creencias, actitudes y comportamientos que marginan y excluyen a las personas que tienen estas enfermedades. El estigma social tiene tres dimensiones claves: los prejuicios (reacciones emocionales), los estereotipos (creencias negativas) y la discriminación (acciones de exclusión), según Corrigan y Watson (2002). Estas dimensiones interactúan entre sí y afectan negativamente la vida de quienes sufren la EM, siendo un obstáculo en su acceso a los servicios médico, el ámbito laboral, educativo, las relaciones personales y en general a su integración social. Por lo tanto, los objetivos de esta investigación pretenden describir, identificar y analizar estas dimensiones del estigma social hacia la EM, con el fin de tener evidencias empíricas que fundamenten el desarrollo de estrategias que ayuden a la integración social de las personas con EM dentro del contexto ecuatoriano.

2.1.3 Objetivo General

La presente investigación tiene como objetivo general explorar, describir y analizar las percepciones, experiencias y manifestaciones del estigma hacia la enfermedad mental en una muestra de ciudadanos ecuatorianos, identificando los factores sociales, culturales y personales que influyen en su aparición y perpetuación. Mediante un enfoque descriptivo de tipo exploratorio y socio-histórico, con el fin de aportar evidencia empírica en un campo escasamente investigado en el país y contribuir a la construcción de intervenciones culturalmente adecuadas para el contexto ecuatoriano.

Cuando un fenómeno ha sido escasamente estudiado en una región, diversos expertos en metodología recomiendan iniciar con una investigación descriptiva exploratoria- Este enfoque permite obtener una visión general, identificar variables relevantes y comprender las

características principales del fenómeno, sentando las bases para investigaciones posteriores más profundas (Hernández Sampieri et al.,2014; Arias, 2012; Sabino, 1992).

Este objetivo permite visibilizar cómo es, cómo se consolida y trasmite el estigma social en la vida de las personas con EM en el contexto ecuatoriano. Integrando las dimensiones culturales, simbólicas y sociales, así como factores contextuales que inciden en la perpetuación del estigma hacia la EM. El problema de estudio se fundamenta en la persistente estigmatización de las personas con EM en el contexto social y cultural, donde predominan concepciones erróneas, temores y actitudes de exclusión social (Corrigan y Watson, 2002; OMS, 2022).

El objetivo general responde a la necesidad de abordar el estigma social hacia la EM como un fenómeno social complejo de carácter sociocultural, escasamente investigado en la República del Ecuador, buscando realizar un primer acercamiento exploratorio y analítico que permita fundamentar futuras líneas de investigación y políticas públicas orientadas a la reducción del estigma que sufren las personas con estas patologías. Tal como sugiere

El estudio no solo permite caracterizar el problema, sino también generar evidencia empírica útil para el diseño de estrategias de intervención educativas y comunitarias que contribuyan a la prevención y reducción del estigma, con el fin de fomentar la inclusión social de las personas con EM en el contexto ecuatoriano..

2.1.4 Objetivos específicos

1. Identificar los principales prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias presentes en la muestra estudiada de ciudadanos ecuatorianos hacia las personas con EM.

Este objetivo permite visibilizar las manifestaciones multidimensionales del estigma social, lo que es esencial para describir y caracterizar esta problemática social. Detectar estos

elementos ayuda a entender los mecanismos sociales que perpetúan los prejuicios, las falsas creencias, los estereotipo y la discriminación de estas personas.

El estigma se compone de tres elementos claves los prejuicios, los estereotipos y la discriminación (Link y Phelan, 2001). Esta estigmatización se manifiesta en representaciones sociales negativas que construyen a las personas con EM como peligrosas, incompetentes o impredecibles, generando barreras de acceso a la salud, la educación, el ámbito laboral, las relaciones sociales y a la participación comunitaria (Corrigan y Watson, 2002, OMS, 2022). Está dinámica justifica plenamente el análisis de representaciones sociales como vía para entender cómo se forman y perpetúan estos esquema en el contexto ecuatoriano.

2. Explorar y describir las concepciones socioculturales sobre la EM desde la época antigua hasta nuestra época, en relación con sus causas, tratamientos aplicados y consecuencias sociales desde un enfoque educativo y socio-histórico.

Este análisis histórico-cultural tiene el fin de comprender el imaginario social que perpetúa el estigma, con el objetivo de identificar prejuicios, estereotipos, actitudes discriminatorias y las reacciones sociales. Identificando patrones y rupturas en la forma en que se han interpretado su concepción, sus causas y se han implementado los tratamientos. Esta información permite evidenciar cómo las representaciones sociales del pasado influyen en las actitudes y políticas contemporáneas con el fin de fundamentar las intervenciones en mejora del estigma.

Abordar el estudio desde una perspectiva educativa y socio-histórica permite ampliar la comprensión del estigma más allá del campo clínico, explorando sus raíces culturales, simbólicas y estructurales. La discriminación hacia las personas con EM no se limita a la falta de información, sino que responde a estructuras sociales complejas que se reproducen por medio del lenguaje, la

escuela, los medios de comunicación y las interacciones sociales cotidianas (Jodelete, 2008; Rose et al.,2020).

3. Analizar la relación entre el contacto directo con personas con EM y la presencia o disminución del estigma hacia la EM.

Diversos estudios científicos evidencian que el contacto directo con personas que sufren una EM contribuye a reducir el estigma. Analizar esta relación permite saber si esta tendencia se replica y puede ser usada como una base en el diseño de intervenciones anti-estigma en el ámbito ecuatoriano.

4. Proponer estrategias de intervención con el fin de contribuir en la reducción del estigma hacia la EM en el contexto de la República del Ecuador, basado en las evidencias y los hallazgos empíricos del estudio, con el fin de fomentar acciones prácticas que promuevan el respeto, la equidad y la inclusión social de las personas con EM:

Este objetivo establece la utilidad práctica del estudio, evidenciando que los resultados obtenidos no solo tengan un valor académico en la identificación de actitudes estigmatizadoras, sino que tengan un impacto práctico en la formulación de acciones que fomenten la desmitificación del estigma y promuevan la inclusión social de las personas con EM en el contexto de la República del Ecuador.

Tanto el objetivo general como los específicos de este estudio pretenden ser de naturaleza práctica, con el fin de que puedan servir como base para el diseño de intervenciones educativas y comunitarias que ayuden a reducir el estigma hacia la EM en el contexto ecuatoriano.

2.1.5 Hipótesis de investigación

El estudio que se presenta plantea las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: El grado de conocimiento acerca de la enfermedad mental condiciona la actitud hacia el estigma social.

- Sub-hipótesis 1.1. El estigma social hacia las personas con enfermedad mental puede dar lugar a prejuicios hacia las personas que sufren una EM.
- Sub-hipótesis 1.2. El estigma social hacia las personas con enfermedad mental puede motivar una imagen estereotipada de las personas con EM.
- Sub-hipótesis 1.3 El estigma social hacia las personas con enfermedad mental puede conducir a exclusión social.

Hipótesis 2: La existencia de una relación personal significativa (familiar, amistad o laboral) con personas que sufren una EM, influye en la reducción del estigma social hacia la enfermedad mental en los ciudadanos ecuatorianos que participan en el estudio.

2.2 Marco teórico

La investigación “La percepción de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” está fundamentado en un marco teórico que contiene diversas perspectivas para comprender en profundidad la construcción, mantenimiento y reproducción del estigma social hacia las personas con enfermedad mental, mediante los prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias. Se abordan y analizan los modelos teóricos clásicos y contemporáneos, como el Modelo del contacto social de Allport (1954), que destaca la importancia del contacto directo, positivo y en igualdad de condiciones para la reducción del estigma, el modelo de Goffman que explica cómo se construye la identidad estigmatizada, la teoría del etiquetado de Scheff (1974) que señala el origen sociocultural del estigma, el modelo de Jones et al. que profundiza acerca de

las dimensiones del estigma y la teoría modificada del estigma de Link et al. (1989) que evidencia las consecuencias del estigma en la vida de las personas que lo sufren.

Además, se considera el enfoque multidimensional del estigma social, incluyendo los componentes cognitivos, afectivos y conductuales que conforman el imaginario social y las prácticas discriminatorias en el contexto ecuatoriano.

Finalmente, este marco teórico contempla un análisis histórico – sociocultural que analiza la evolución de las concepciones de la enfermedad mental en cuanto al origen que se le atribuía, los tratamientos de la enfermedad, y las reacciones sociales ante la misma. Con el fin de identificar las raíces culturales que sustentan las creencias y actitudes estigmatizantes para la enfermedad y hacia las personas que la sufren.

Esta fundamentación teórica contribuye al cumplimiento de los objetivos del estudio, facilitando la identificación de prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias (Objetivo específico 1). Este análisis ayuda a comprender las concepciones sociales que perpetúan el estigma desde tiempos antiguos hasta nuestros días. Además, aporta información valiosa acerca del impacto del contacto con personas con enfermedad mental y el estigma. Finalmente, este análisis teórico se convierte en la base conceptual para el diseño de estrategias educativas y comunitarias orientadas a disminuir el estigma hacia las personas con enfermedad mental y promover la inclusión social en el contexto ecuatoriano.

2.3 Diseño metodológico

En este apartado se presenta el diseño de la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos”, siendo una etapa fundamental de las investigaciones científicas, dando lugar al establecimiento de las directrices metodológicas para analizar de manera rigurosa el objeto de estudio. En este apartado se justifican los aspectos clave

en cuanto a la planificación y ejecución del presente estudio, con el fin de garantizar la coherencia entre los objetivos planteados, la metodología y las estrategias utilizadas para la recolección y análisis de datos.

2.3.1 Tipo y diseño de investigación

El estudio del “Estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” tiene un enfoque cualitativo, con el fin de examinar de forma objetiva y sistemática la presencia de estigma social hacia la EM en una muestra de ciudadanos ecuatorianos. Este enfoque permite medir variables específicas, identificar patrones en los datos y realizar inferencias a partir de los resultados obtenidos.

El tipo de investigación corresponde a una investigación descriptiva y transversal. Es descriptiva porque dentro del ámbito ecuatoriano existe poca información del fenómeno objeto de estudio, por lo tanto, se necesita fundamentar una interpretación correcta de las características del fenómeno estudiado, pretendiendo caracterizar las creencias y actitudes que la muestra estudiada tiene sobre la EM y las personas que la padecen, sin intervenir en las variables analizadas. Las investigaciones descriptivas tienen como fin primordial descubrir las características fundamentales del fenómeno, utilizando criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto su estructura o comportamiento. (Sabino, 1992; Tamayo; 1994).

Es transversal, porque la recolección de datos se realizó en único momento en el tiempo, desde septiembre a noviembre del 2020, lo que permite tener información de la percepción social de la EM durante ese período.

El diseño del estudio es no experimental, porque no se manipulan las variables independientes ni se controlan las condiciones externas. Es una investigación de campo, ya que los datos fueron recopilados usando una encuesta en línea dirigida a ciudadanos ecuatorianos. Este

diseño es el más adecuado para explorar fenómenos sociales complejos como el estigma social hacia la EM, permitiendo identificar correlaciones de variables y generar bases para futuras investigaciones o intervenciones educativas (Hernández et al., 2014)

2.3.2 Definición y operacionalización de variables

En coherencia con los objetivos e hipótesis del estudio “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos”, se busca identificar las relaciones entre el grado de conocimiento de los participantes, la influencia del contacto con personas con EM y las actitudes sociales hacia el estigma. Las variables seleccionadas en el estudio se justifican por su pertinencia teórica y empírica en el estudio, permitiendo analizar las distintas dimensiones que componen el estigma (prejuicios, estereotipos y discriminación) hacia las personas con EM y cómo estas se articulan, abarcando tanto las dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales, así como factores socio demográficos relevantes. Este análisis se realiza desde un enfoque cuantitativo-descriptivo y se sustenta en el marco teórico que considera el estigma de la EM como un fenómeno multidimensional (Corrigan y Watson, 2002; Thornicroft et al., 2007). Las variables principales incluyen:

Las representaciones sociales de la EM: Refiriéndose a los conocimientos, significados, imágenes y creencias que la sociedad tiene sobre la EM. Su inclusión responde a la necesidad de comprender las actitudes y conductas hacia las personas que sufren estas patologías. Esta variable permite acceder al imaginario simbólico que sustenta el estigma (Jodelete, 1986).

Los prejuicios y estereotipos: Lo conforman los juicios previos y generalizaciones negativas que afectan la percepción social de las personas que sufren una EM, contribuyendo a su desvalorización y estigmatización. Se justifican por ser parte fundamental en la literatura

científica sobre el estigma, facilitando el análisis de los marcos cognitivos que se manifiestan en las actitudes discriminatorias (Corrigan y Watson, 2002).

Las actitudes discriminatorias: Estas variables permiten identificar la predisposición de las personas a tener conductas que general la exclusión o el rechazo de las personas con EM. Estas variables son relevantes para medir el grado en que los prejuicios y los estereotipos se manifiestan en prácticas de exclusión social (Thornicroft et al., 2007).

Las variables socio demográficas: se incluyen para analizar su posible relación con el estigma. Su análisis permite observar diferencias entre los grupos poblacionales, permitiendo contextualizar y segmentar los resultados (Casañas et al., 2024).

El conjunto de estas variables, facilitarán una caracterización y descripción amplia del fenómeno del estigma social hacia la EM en el contexto ecuatoriano, revelando sus condicionantes individuales, sociales y culturales.

Tabla 2.

Tabla de operacionalización de variables

<i>Variables</i>	Descripción
Género.	<p>Tipo: Independiente</p> <p>Definición conceptual Grupo al que pertenecen las personas participantes de esta investigación, de acuerdo con su identidad de género.</p> <p>Definición operativa Autorreporte del género de la persona participante</p> <p>Indicadores Masculino, femenino</p> <p>Instrumento de medición Cuestionario socio demográfico</p>

<i>Variables</i>	Descripción
	<p>Instrumento de medición Encuesta autoadministrada: Ítem socio demográfico</p> <p>Escala de medición Nominal dicotómica</p>
<i>Nivel de estudios</i>	<p>Tipo: Independiente</p> <p>Definición conceptual Grado más alto de educación formal completado.</p> <p>Definición operativa Autorreporte del último nivel educativo alcanzado</p> <p>Indicadores Primarios, secundarios, universitarios</p> <p>Instrumento de medición Encuesta autoadministrada</p> <p>Escala de medición Ordinal</p>
<i>Familiaridad con la EM</i>	<p>Tipo: Independiente</p> <p>Definición conceptual Grado de conocimiento, experiencia o contacto con la EM de los participantes el estudio. Se clasifica en vínculo familiar, de amistad, laboral o inexistente. Esta variable busca explorar como la cercanía emocional o social influye en la percepción estigmatizante.</p> <p>Definición operativa Autoidentificación en una o más categorías de contacto (Propia, de un familiar, persona próxima, no conozco a nadie, por trabajo)</p>

<i>Variables</i>	Descripción
<i>Familiaridad con la EM</i>	<p>Indicadores</p> <p>Tengo una EM, tengo un familiar que padece una EM, conozco a una persona próxima que tiene una EM, no conozco a nadie que tenga una EM, conozco la EM por trabajo.</p> <p>Instrumento de medición</p> <p>Encuesta autoadministrada: Pregunta cerrada, de respuesta múltiple permitida.</p> <p>Escala de medición</p> <p>Nominal politómica</p>
<i>Nivel de conocimiento sobre la EM</i>	<p>Tipo:</p> <p>Independiente</p> <p>Definición conceptual</p> <p>Información que poseen los participantes del estudio sobre lo que es una EM, sus causas y tratamientos.</p> <p>Definición operativa</p> <p>Se evalúa mediante una serie de preguntas con respuestas múltiples sobre lo que es una EM, causas y tratamientos.</p> <p>Indicadores</p> <p>¿Sabe lo que es una enfermedad mental?</p> <p>¿Cuáles piensa Ud. que son las causas o desencadenantes de las enfermedades mentales?</p> <p>¿Cuáles cree Ud. que son los tratamientos útiles para las enfermedades mentales?</p> <p>¿Cómo cree Ud. que es el tratamiento para las enfermedades mentales?</p>

<i>Variables</i>	Descripción
<i>Nivel de conocimiento sobre la EM</i>	<p>¿Cuáles piensa Ud. que son las dificultades para que el médico identifique de forma adecuada estas enfermedades?</p> <p>Instrumento de medición Encuesta autoadministrada</p> <p>Escala de medición Escala mixta: Dicotómica y categórica</p>
<i>Estigma social</i>	<p>Tipo: Dependiente</p> <p>Definición conceptual Un atributo desacreditador hacia personas con EM que genera rechazo y discriminación (Goffman, 1963).</p> <p>Definición operativa Puntaje total obtenido en los ítems relacionados con prejuicios, estereotipos y discriminación de la encuesta aplicada.</p> <p>Indicadores 5 preguntas relacionadas a los prejuicios hacia las personas con EM, 5 preguntas relacionadas a los estereotipos de las personas con EM, 5 preguntas relacionadas a la discriminación de las personas con EM. Estas preguntas están detalladas en el presente cuadro de variables.</p> <p>Instrumento de medición Encuesta autoadministrada compuesta por preguntas validadas en otros estudios, con una alta confiabilidad.</p> <p>Escala de medición Ordinal politómica</p>
<i>Estereotipo</i>	<p>Tipo: Dependiente</p> <p>Definición conceptual</p>

<i>Variables</i>	Descripción
	<p>Concepciones generalizadas o simplificadas sobre las personas con EM que distorsionan la percepción social (Gamamik, 2009)</p> <p>Definición operativa</p> <p>El nivel de estereotipos se medirá a través del grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones relativas a las creencias sobre inferioridad genética, peligrosidad, relación con la violencia, mendicidad, delincuencia, personas sin hogar, drogadicción, comportamiento impredecible, y la percepción de autonomía de las personas con EM.</p> <p>Indicadores</p> <p>Las personas que desarrollan enfermedades mentales son genéticamente inferiores a otras personas.</p> <p>El comportamiento de las personas con enfermedades mentales es impredecible.</p> <p>Las personas con enfermedades mentales graves son peligrosas.</p> <p>La enfermedad mental está relacionada de una forma u otra con: la violencia, la mendicidad, la delincuencia, las personas sin hogar, la drogadicción, no tiene ninguna relación con lo anterior.</p> <p>Instrumento de medición</p> <p>Encuesta autoadministrada, con opciones de respuesta tipo Likert.</p> <p>Escala de medición</p> <p>Ordinal Politómica</p>
Prejuicio	Tipo: Dependiente

<i>Variables</i>	Descripción
<i>Prejuicio</i>	<p>Definición conceptual</p> <p>Juicios previos negativos hacia las personas con EM que afectan su valoración social (Gamamik, 2009)</p> <p>Definición operativa</p> <p>Ítems de la encuesta que mide emociones negativas y creencias no fundamentadas hacia las personas con EM, se medirá a través del grado de acuerdo o desacuerdo con relación a dificultad de diálogo, internamiento psiquiátrico, evitación, educación junto a personas con EM, el derecho a la paternidad.</p> <p>Indicadores:</p> <p>“Me resultaría difícil hablar con alguien que tiene una enfermedad mental”.</p> <p>“Sería mejor para la sociedad que las personas con enfermedades mentales graves estuvieran internadas en un hospital psiquiátrico”.</p> <p>“Es mejor evitar a las personas que tienen enfermedades mentales”.</p> <p>“Las personas con enfermedades mentales pueden educarse en las mismas instituciones junto con las demás personas que no tienen estas enfermedades”.</p> <p>“A las personas con EM serias se les debe prohibir tener niños”.</p> <p>Instrumento de medición</p> <p>Encuesta autoadministrada, con opciones de repuestas tipo Likert.</p> <p>Escala de medición</p>

<i>Variables</i>	Descripción
	Ordinal politómica: Siempre, casi siempre, regularmente, casi nunca, nunca.
<i>Discriminación</i>	<p>Tipo: Dependiente</p> <p>Definición conceptual</p> <p>Conductas de exclusión social hacia las personas con EM en ámbitos sociales o institucionales (Malgesini y Giménez, 1997).</p> <p>Definición operativa</p> <p>Ítems de la encuesta que miden las conductas de exclusión hacia las personas con EM.</p> <p>Indicadores</p> <p>Me involucraría románticamente con alguien que tiene una enfermedad mental.</p> <p>Las personas con enfermedades mentales deben ser obligadas a un tratamiento médico o psicológico, aunque no quieran.</p> <p>Si fuera un empleador contrataría a una persona con enfermedad mental.</p> <p>Si fuera un empleador contrataría a una persona con enfermedad mental.</p> <p>¿Estaría dispuesto a ser amigo y prestar ayuda a una persona con enfermedad mental?</p> <p>Instrumento de medición</p> <p>Encuesta autoadministrada, con opciones de respuesta tipo Likert.</p>

En conclusión, las variables seleccionadas en esta investigación han sido debidamente justificadas por su relevancia teórica, empírica y metodológica en el análisis del estigma hacia las enfermedades mentales. La definición conceptual de cada variable se sustenta en modelos ampliamente reconocidos (Goffman, 1963, Corrigan y Watson, 2002), y Thornicroft et al., 2007), lo cual garantiza un enfoque multidimensional que incluye componentes cognitivos, afectivos y conductuales del estigma. La operacionalización de cada variable se alinea con los objetivos e hipótesis del estudio, permitiendo una medición clara y coherente con los principios del enfoque cuantitativo-descriptivo. La inclusión de variables como el contacto personal con personas con EM, el nivel de conocimiento y factores sociodemográficos aporta una perspectiva integral que favorece la comprensión de los mecanismos sociales que perpetúan el estigma y sienta las bases para el diseño de futuras intervenciones educativas y comunitarias.

Finalmente, la estructura metodológica adoptada permite no solo describir el fenómeno, sino también generar evidencia útil para orientar estrategias en la reducción del estigma en el contexto ecuatoriano.

2.3.2.1 Relación de las variables con los objetivos de la investigación

Las variables seleccionadas en este estudio “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadano ecuatorianos” se alinean directamente con los objetivos:

Para el objetivo general, las variables dependientes “prejuicio”, “estereotipos” y “discriminación” permiten identificar y caracterizar las manifestaciones del estigma social hacia las personas que sufren una EM, al igual que en el objetivo específico 1, cuyo fin es identificar los principales prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias presentes en la muestra estudiada de ciudadanos ecuatorianos hacia las personas con EM.

La variable “nivel de conocimiento” sobre la EM, permite explorar como esta influye en el estigma de la enfermedad mental.

La variable “familiaridad con la EM” posibilita analizar su relación con los niveles de estigma, es decir, si el contacto previo con personas con EM reduce los prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias, y se relaciona con el objetivo específico 3 que analiza la relación entre el contacto directo con personas con EM y la presencia o disminución del estigma hacia las personas con EM.

El análisis de la relación entre las variables sociodemográficas, el nivel de conocimiento de la EM, la familiaridad con la EM y estigma social proporcionarán evidencia empírica para fundamentar la proposición de estrategias de intervención con el fin de contribuir en la reducción del estigma hacia la EM en el contexto ecuatoriano.

2.3.3 Población y muestra

La muestra participante en este estudio corresponde a ciudadanos ecuatorianos mayores de 16 años con acceso a internet y a la red social Facebook. La población estudiada estuvo compuesta por 360 participantes, los cuales completaron un cuestionario en línea de manera anónima, voluntaria y confidencial.

2.3.3.1 Técnica de muestreo

Se utilizó un **muestreo no probabilístico por conveniencia**, dada la situación de emergencia sanitaria derivada de la pandemia de COVID-19, que imposibilitó la recolección presencial de datos. La encuesta fue distribuida entre ciudadanos ecuatorianos a través de publicaciones en Facebook en páginas de instituciones públicas y privadas ecuatorianas.

2.3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron: Podrán participar en este estudio aquellas personas de 16 años en adelante, de nacionalidad ecuatoriana, que tengan acceso a internet y cuenta en la red social de *Facebook*. Su participación será anónima, reduciéndose el sesgo de deseabilidad social, y voluntaria, asegurándose la confidencialidad y privacidad de la información recibida.

Los criterios de exclusión fueron: se abstendrán de participar en este estudio aquellas personas cuya nacionalidad difiera de la ecuatoriana, carezcan de acceso a internet y de una cuenta en la red social de *Facebook* para completar el cuestionario en línea.

2.3.3.3 Características socio demográficas

En cuanto a las **características socio demográficas** el 68.9% ($n = 248$) pertenecen al género femenino y el 31.1% ($n = 112$) al masculino. La edad de los participantes se distribuye de la siguiente forma: 36% ($n = 130$) tiene entre 16 y 30 años; el 49% ($n = 175$) entre 31 y 50 años; y el 15% ($n = 55$) de 51 años en adelante. En cuanto al nivel de estudios, el 84.4% ($n = 304$) tienen o cursan estudios universitarios; el 13.6% ($n = 49$) secundarios; el 1.4% ($n = 5$) primarios; y el 0.6% ($n = 2$) carece de ellos. Referente a su empleabilidad, el 56.4% ($n = 203$) están en activo, el 19.2% ($n = 19.2$) desempleadas, el 2.2% ($n = 8$) jubiladas y el 0.6% ($n = 2$) cuentan con empleo protegido social mientras que el 21.7% ($n = 78$) son estudiantes.

Respecto a la representatividad, el muestreo utilizado **limita la generalización estadística**, se pretendió asegurar la diversidad socio demográfica mediante una amplia difusión en distintos grupos sociales en la costa, sierra y oriente del país, lo cual aporta validez contextual en los resultados del estudio.

2.3.4 Instrumento de recolección de datos

La encuesta estructurada para el estudio “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” es de aplicación autoadministrada, cuyo objetivo es evaluar

las principales dimensiones del estigma social hacia la EM y hacia las personas que sufren estas dolencias. El instrumento estuvo integrado por 20 ítems distribuidos en 5 secciones:

Conocimiento de la EM: ítems que abordan conceptos básicos de la EM, las dificultades en el diagnóstico, las causas y los tratamientos percibidos de la EM.

Prejuicios: Afirmaciones que recogen los juicios negativos y temores hacia las personas con trastornos psicológicos: diálogo con personas con EM, el internamiento psiquiátrico, la evitación, la educación conjunta con personas con EM, la paternidad de las personas con EM.

Estereotipos: Contiene preguntas sobre las creencias generalizadas y erróneas: inferioridad genética, comportamiento impredecible, peligrosidad, relación con la violencia, la mendicidad, la delincuencia, las personas sin hogar, la drogadicción, autonomía.

Actitudes discriminatorias: Indagación acerca del grado de aceptación o exclusión en contextos sociales, laborales, residenciales y personales.: Las relaciones románticas con EM, obligatoriedad del tratamiento aunque no quieran, inclusión laboral, alquiler de viviendas, ser amigo de una persona con EM y disposición de prestar ayuda.

Contacto previo o no con personas con EM: Preguntas orientadas a indagar el grado de cercanía con personas que tienen estas patologías.

Todos los ítems contenidos en el instrumento se formularon con una escala tipo Likert de 5 puntos (5= Siempre a 1= Nunca). Adicionalmente, al inicio del instrumento se recopilaron datos socios demográficos (edad, sexo, nivel de estudios y ocupación)

Las preguntas se seleccionaron y adaptaron de estudios internacionales previos con probado rigor académico (Ruiz et al. 2011; Kenny et al., 2018; Mora, 2018; Corrigan et al. 2003). Las adaptaciones incluyeron ajustes semánticos y culturales para garantizar su comprensión y

adecuación al ámbito ecuatoriano. La adaptación se realizó mediante revisiones de expertos y pruebas piloto.

2.3.4.1 Validez y confiabilidad del instrumento

Para avalar la calidad psicométrica de la encuesta se consideraron tres tipos de validez y la consistencia interna de las escalas, de acuerdo a los estudios referidos:

Validez de contenido: Paneles de expertos revisaron y aprobaron los ítems adaptados, asegurando la representación fiel de las dimensiones del estigma y el conocimiento de la EM.

Validez de constructo: Aplicación de análisis factorial que confirmaron la estructura interna de las dimensiones.

Validez de criterio: Comparaciones con escalas y hallazgos previos validaron la capacidad predictiva y la coherencia externa del instrumento.

La **fiabilidad interna** se midió mediante el coeficiente alfa de Cronbach reportado en los estudios que osciló entre 0.88 y 0.98, evidenciando alta consistencia en las diferentes dimensiones evaluadas del estigma social de la EM.

. Las preguntas incluidas han demostrado validez y fiabilidad en investigaciones internacionales, y han sido adecuadas cultural y lingüísticamente al contexto ecuatoriano con el fin de garantizar su pertinencia y comprensión (Tabla 3). El diseño de la encuesta buscó evidenciar de manera estructurada las principales dimensiones del estigma: los imaginarios acerca de la EM, los prejuicios, los estereotipos, las actitudes discriminatorias y el efecto del contacto directo o no con personas que padecen estas enfermedades.

El estudio “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadano ecuatorianos” no se inscribe en el ámbito clínico ni terapéutico, el objetivo de la encuesta es comprender las representaciones sociales que tiene la muestra de ciudadanos ecuatorianos respecto

de la enfermedad mental. Las preguntas tienen una perspectiva educativa y sociocultural, orientadas a explorar y describir cómo estas concepciones inciden en la vida cotidiana de las personas afectadas por estas dolencias.

De este modo, el instrumento mantiene estándares internacionales de calidad científica, a la vez que se adapta a las particularidades socioculturales del ámbito nacional ecuatoriano, reforzando su legitimidad y pertinencia de los resultados obtenidos.

Tabla 3

Información sobre la validez y fiabilidad de la encuesta según estudios previos

Autor	Validez	Descripción	Ítems	Fiabilidad
Ruiz et al., 2011	Validez de Contenido	Panel de expertos: siete profesionales: tres psiquiatras, 1 representante de las asociaciones de pacientes, 1 experto en metodología de investigación y análisis de datos, 1 en psicología social y 1 experto en medicina clínica.	2,3,4,5	
Kenny et al., 2018	Validez de contenido y constructo	Validación de contenido por evaluadores expertos. Análisis factorial identificó cuatro factores subyacentes: (miedo/evitación, malevolencia, autoritarismo, imprevisibilidad).	6,8,10,11, 12,16	Alfa de Cronbach 0.91 – 0.93
	Validez de contenido y constructo	Uso de una red nomológica que vincula las actitudes con antecedentes teóricos y consecuencias propuestas respalda la validez interna del modelo, ya que muestra que los factores medidos están relacionados		

Autor	Validez	Descripción	Ítems	Fiabilidad
		de manera coherente con otras variables relevantes.		
Mora (2018) (Estudio no publicado) *	Validez de contenido	Evaluación y aprobación por 7 expertos de los cuestionarios: 2 expertos en metodología de la investigación, 2 expertos en psicología clínica, 2 expertos en trabajo social con EM, 1 experto en análisis de datos.	1, 7, 9, 13, 14, 15, 17, 20	Alfa de Cronbach 0.94 – 0.98
Corrigan et al. (2003)	Validez de constructo y criterio	Validez de constructo mediante el análisis de los componentes del estigma público hacia las personas con EM como la percepción de controlabilidad, atribuciones de responsabilidad, reacciones emocionales y respuestas discriminatorias. Validez de criterio mediante la comparación con estudios previos.	18, 19	Coeficiente alfa: 0.88 – 0.89

Nota. En el presente trabajo se ha consultado la investigación realizada por Mora (2018), la cual formaba parte de una tesis no publicada debido a que no fue concluida. No obstante, la encuesta de investigación que Mora diseñó y aplicó fue llevada a cabo de manera completa, proporcionando datos valiosos para el análisis. Aunque la tesis no fue finalizada, los resultados de la encuesta contribuyen significativamente al desarrollo de esta investigación.

^a Los ítems mencionados en la tabla corresponden a las preguntas del cuestionario utilizado en el estudio.

Como se ha detallado en la tabla 3 el instrumento utilizado en la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” ha sido una adaptación de otros instrumentos utilizados en investigaciones acerca del estigma social de la enfermedad mental, adecuadas cultural y lingüísticamente al ámbito ecuatoriano.

Fiabilidad interna: Alfa de Cronbach

La fiabilidad del instrumento se verificó mediante el cálculo estadístico de alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.834 considerado adecuado para investigaciones exploratorias (George y Malley, 2003). Aunque los valores alfa por dimensión fueron inferiores a 0.70 estos resultados se consideran adecuados dadas las condiciones de adaptación cultural y la diversidad temática de los ítems del estudio. Además, las dimensiones evaluadas (prejuicios, estereotipos y discriminación) están ampliamente reconocidas y diferenciadas en la literatura científica. (Allport, 1954; Goffman, 1963; Petty y Cacioppo, 1986; Ajzen, 2001; Eagly y Chaiken, 1993; Corrigan y Watson, 2002; Corrigan, 2005).

Validez interna

La validez interna del instrumento fue evaluada mediante un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) con los ítems del 6 al 20, con rotación Varimax. Los resultados del índice Kaiser Meyer Olkin (KMO) =0.877, resultado que indica un nivel adecuado para el análisis factorial. La prueba de esfericidad de Bartlett significativa ($\chi^2 = 1605$, $gl = 91$, $p \leq 0.001$), resultados que evidencian que las correlaciones entre los ítems eran lo suficientemente fuertes para realizar el AFE.

El análisis reveló tres factores, que explican la varianza de los ítems evaluados. Las cargas factoriales de cada ítem se presentan en la tabla 4. Se evidencia que los ítems se agruparon coherentemente en los factores, con cargas mayores a 0.30 cumpliendo los criterios de inclusión.

La unicidad de los ítems estuvo entre 0.263 y 0.599, mostrando que una proporción considerable de la varianza de cada ítem está explicada por los factores extraídos, Las medidas de adecuación individual de los ítems (MSA) oscilaron entre 0.803 y 0.921, evidenciando la calidad y la consistencia de cada ítem dentro del análisis.

Estos resultados evidencian la validez estructural del instrumento, mostrando una agrupación factorial consistente con las dimensiones teóricas propuestas.

Se sometieron a estas pruebas las preguntas que tenían respuestas tipo Likert, se trataron como variables de intervalo, lo que permitió su análisis mediante estadística paramétrica. Esta decisión se fundamenta en la literatura psicométrica (Carifio y Perla, 2007) que respalda el uso de escalas Likert como cuantitativas cuando se aplican con cinco niveles o más.

Tabla 4

Cargas factoriales y unidad de los ítems en el análisis factorial exploratorio

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Unicidad	MSA
6	0.458		0.737	0.263	0.898
7	0.687			0.542	0.863
8	0.690			0.425	0.883
9		0.394	0.697	0.306	0.921
10	0.339		0.630	0.443	0.906
11	0.516		0.725	0.263	0.896
12	0.512		0.607	0.383	0.896
13	0.648			0.461	0.863
15		0.458	0.632	0.346	0.907
16		0.736	0.469	0.261	0.899
17	0.335	0.314	0.744	0.263	0.878
18		0.826	0.321	0.306	0.840
19		0.721	0.362	0.366	0.854
20	0.453	0.410		0.599	0.803

Nota: MSA= Medida de adecuación del muestreo

2.3.4.2 Reflexiones críticas sobre la idoneidad del instrumento

El instrumento utilizado en la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” fue diseñado a partir de una adaptación de ítems previamente validados en estudios internacionales especializados sobre el estigma hacia las enfermedades mentales (Ruiz et al., 2011; Kenny et al., 2018; Corrigan et al., 2003). La construcción del instrumento se basó en un enfoque multidimensional del estigma de las EM, incorporando las dimensiones de los prejuicios, los estereotipos y las actitudes discriminatorias, lo que refuerza su idoneidad para explorar las percepciones sociales acerca del estigma de la EM en la muestra de ciudadanos ecuatorianos que participan en la investigación.

Para garantizar la validez de contenido, los ítems fueron adaptados lingüística y culturalmente al contexto ecuatoriano mediante una revisión de expertos en psicología, salud mental y educación. La escala final fue sometida a un proceso de fiabilidad interna mediante el cálculo estadístico del alfa de Cronbach que arrojó una puntuación de 0.834, lo que es un nivel aceptable en cuanto a su consistencia.

Si bien el instrumento de la encuesta tiene un robusto respaldo de validez de contenido y fiabilidad interna, es necesario reconocer algunas limitaciones que podrían afectar la interpretación de los resultados de la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos”. En primer lugar, aunque se adaptaron ítems validados en estudios internacionales sobre el estigma de la EM y se revisaron mediante la participación de paneles de expertos, la escala de Likert facilita la medición de actitudes, pero puede inducir sesgos de deseabilidad social y tendencia central de parte de los participantes del estudio, especialmente en temas sensibles como el estigma de la EM. En segundo lugar, la recolección de datos en línea por medio de Facebook, aunque permitió acceder a un número adecuado de participantes (n=360) durante la pandemia del Covid 19, puede haber generado un sesgo de cobertura, excluyendo un

segmento de la población sin acceso a internet o con bajo nivel de alfabetización digital. Finalmente, la investigación no contó con mecanismos de verificación diagnóstica, no se pudo comprobar datos como la patología de EM de algunos participantes en el estudio o de aquellos que reportaron convivir con personas que sufren de EM, lo que podría limitar la precisión de algunas respuestas.

En conjunto estos factores no invalidan los hallazgos obtenidos, pero deben ser tomados en cuenta al momento de interpretar los resultados y generalizar las conclusiones del estudio.

2.3.5 Procedimiento de recolección de datos

La recopilación de datos se llevó a cabo desde septiembre hasta noviembre de 2020, coincidiendo con la pandemia del Covid-19 a nivel mundial, lo que planteó muchos retos significativos para esta investigación como, por ejemplo, la imposibilidad de asistir a distintas instituciones de forma presencial para la recolección de datos como, por ejemplo, la Embajada Ecuatoriana en España.

Ante el estado de alarma debido a la situación de la crisis sanitaria ya mencionada, se implementó un enfoque de recolección de datos en línea. La encuesta fue creada a través de *Google Forms* y se difundió a través de la plataforma de la red social de *Facebook* de instituciones públicas y privadas ecuatorianas. Se seleccionó esta red social debido a su amplio alcance y accesibilidad en el país, pues la usan 12 millones de personas (Dos IM Marketing, 2023). Las respuestas de los participantes fueron voluntarias y anónimas.

Al iniciar la encuesta se explicaba a los participantes que estaba dirigida únicamente a la ciudadanía ecuatoriana a partir de 16 años. La primera pregunta era un filtro inicial sobre la edad del participante, permitiendo continuar solo a aquellas personas que indicaran tener 16 años en adelante. Todas las preguntas de la encuesta eran obligatorias.

La verificación de la nacionalidad se hizo una validación mediante IP utilizando la geolocalización; aunque esta no es una garantía absoluta, incrementa la probabilidad de que las personas encuestadas sean ecuatorianas.

2.3.5.1 Consideraciones éticas

La investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” fue desarrollada cumpliendo con los principios éticos fundamentales, conforme a las directrices del Código de Ética de la American Psychological Association (2017) y la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013). Se garantizó en todo momento el respeto a la dignidad, la integridad y los derechos de los participantes.

Previo a la recolección de datos, se informó a cada uno de los participantes sobre el objetivo de la encuesta, la naturaleza voluntaria de la participación en el estudio, la confidencialidad y el anonimato de las respuestas. La encuesta estaba dirigida exclusivamente a personas de nacionalidad ecuatoriana mayores de 16 años. No se solicitó ningún dato personal identificable, lo que aseguró la protección de la privacidad y confidencialidad de los datos recogidos.

El instrumento y el plan de recogida de datos fueron revisados por las tutoras de la tesis. Expertas en el área del estigma social de la EM y en metodología de investigación, quienes validaron su pertinencia y adecuación ética. Si bien el estudio no se sometió formalmente a la evaluación de una comisión de ética universitaria, se ha procurado cumplir con los estándares internacionales de ética en investigación con seres humanos. Se recomienda que las futuras investigaciones sobre este tema sean sometidas a los protocolos y los instrumentos de evaluación a un comité de ética institucional, con el fin de fortalecer la validación formal del protocolo.

La participación en la encuesta fue completamente voluntaria y anónima. Se proporcionó a los participantes de la investigación un texto informativo al inicio de la encuesta, en la que se detalló los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y anonimato.

2.3.6 Procedimiento de análisis de datos

Para el análisis de los datos recogidos a través de la encuesta estructurada, se aplicó una metodología cuantitativa basada en estadística descriptiva e inferencial, de acuerdo a los objetivos de la investigación.

En primer lugar, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach, con el objetivo de evaluar la fiabilidad del instrumento, y se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) con el fin de validar la estructura interna.

Después se realiza el análisis Factorial exploratorio (AFE) con el fin de validar la estructura interna del instrumento en torno a las dimensiones del estigma (prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias)

Seguidamente, se aplicó el cálculo de estadísticas descriptivas: porcentajes, medias y desviaciones estándar, con el propósito de caracterizar las variables relacionadas con el estigma hacia las enfermedades mentales. De igual manera, se hizo cruces de variables con el fin de identificar las relaciones significativas entre los factores sociodemográficos (edad, sexo, y nivel de estudios) y las dimensiones del estigma (prejuicios, estereotipos y discriminación).

Para el análisis inferencial, se utilizó el Análisis de Varianza (Anova de Welch) con el fin de comparar las medias entre grupos y determinar si existían diferencias estadísticamente significativas en las percepciones del estigma según el tipo de contacto previo que tenían los participantes del estudio con personas con enfermedad mental.

Finalmente, se desarrollan los análisis correspondientes a cada hipótesis del estudio, lo cual permite interpretar los resultados en relación con el marco teórico y los fines de la investigación. Para el análisis se utilizó el programa IBM SPSS Statistics, versión 29.

Los resultados obtenidos fueron interpretados con un enfoque educativo y socio-histórico del estudio, en articulación con los objetivos específicos de la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” y con base en la evidencia científica sobre el estigma hacia las personas con enfermedades mentales.

2.3.6.1 Técnicas y software para el análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó dos programas estadísticos: IBM SPSS Statistics versión 29 y Jamovi, ambos ampliamente utilizados en investigaciones sociales por su fiabilidad y accesibilidad.

La combinación de ambos programas permitió garantizar un análisis riguroso, reproducible y comprensible de los datos cuantitativos, fortaleciendo la validez de los resultados obtenidos en la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos”.

2.2.7 Cronograma de la investigación

El cronograma presentado en la tabla 4 detalla las principales fases de la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos”, desde el diseño de la investigación hasta la presentación de sus resultados.

Tabla 5

Cronograma de la investigación

Fase inicial	Sept.-Dic. 2019	Diseño del tema de investigación, metodología, objetivos y medios a utilizar.
--------------	-----------------	---

	Ene.-Ago.2020	Revisión exhaustiva de la literatura científica sobre el estigma social vinculado a la EM.
	Ago. -Sept. 2020	Diseño y objetivos de la encuesta, identificación de dimensiones del estigma, análisis de medidas. Desarrollo y validación de escalas de medición, consideraciones éticas, técnicas de muestreo.
Recolección de datos	Sept. – Nov. 2020	Publicación y recolección de datos mediante plataformas virtuales.
Análisis e Interpretación de datos	Dic. 2020 – Mar. 2021	Análisis estadístico de datos, interpretación y redacción del capítulo correspondiente de la tesis.
Redacción y Revisión	Ene. – Dic. 2022 Feb. 2023 -Dic. 2024	Escritura del borrador completo de la tesis. Tutorías y revisiones exhaustivas para mejorar la coherencia, claridad y precisión del contenido.
Defensa y Publicación	05/2025	Preparación de la presentación para la defensa oral de la tesis.
	08/2025	Defensa pública de la tesis doctoral ante el comité académico y la comunidad científica.
	2025	Preparación y envío de manuscritos para su publicación en revistas especializadas.

Tercera parte

3. Resultados

Este capítulo presenta los resultados a partir del análisis de los datos recopilados en la investigación. Se presentan los resultados de la fiabilidad interna del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach, lo cual permite garantizar la consistencia de las mediciones utilizadas para identificar y describir las representaciones asociadas al estigma de la EM.

A continuación se muestra el análisis factorial exploratorio (AFE), con el objetivo de validar la estructura interna de las dimensiones evaluadas prejuicio, estereotipo y discriminación, lo que contribuye al objetivo de la tesis de describir y analizar cómo se construyen y se mantienen las actitudes estigmatizantes en el contexto ecuatoriano.

Seguidamente, se presentan los estadísticos descriptivos de medias y desviaciones estándar por ítem y por dimensión, como parte del análisis inicial de las tendencias generales en las respuestas de la muestra.

En función del objetivo general del estudio de comprender cómo se reproducen los prejuicios y actitudes sociales frente a la EM, se presentan los resultados del análisis de varianza Anova, con el fin de identificar diferencias significativas entre grupos,.

Finalmente, se analizan los resultados en función de las hipótesis específicas del estudio, lo cual permite interpretar los resultados en relación directa con el marco teórico y los fines de la investigación.

Este proceso permite una interpretación rigurosa y sistemática de la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos”. Los análisis se han realizado a través del programa estadístico IBM (SPSS), versión 29.

3.1 Fiabilidad interna del instrumento (Alfa de Cronbach)

La fiabilidad del instrumento se realizó mediante el cálculo estadístico de alfa de Cronbach, cuya puntuación fue de 0.834 considerado adecuado para investigaciones exploratorias. Los valores alfa por dimensión fueron inferiores a 0.70, estos resultados se consideran adecuados dadas las condiciones de adaptación cultural y la diversidad temática de los ítems del estudio. Las dimensiones evaluadas (prejuicios, estereotipos y discriminación) están ampliamente reconocidas en la literatura científica. (Allport, 1954; Goffman, 1963; Petty y Cacioppo, 1986; Ajzen, 2001; Eagly y Chaiken, 1993; Corrigan y Watson, 2002; Corrigan, 2005), lo que contribuye a la validez conceptual del instrumento en el contexto ecuatoriano.

3.2 Análisis factorial exploratorio (AFE)

Se comprobó la validez estructural del instrumento diseñado para medir el estigma hacia las EM en la muestra de ciudadanos ecuatorianos. Se identificaron cuatro factores, solo dos de ellos se agruparon en forma coherente y consistente con las dimensiones teóricas propuestas. Las cargas factoriales más sólidas se evidenciaron en la dimensión de prejuicios y de discriminación. Algunos ítems mostraron cargas débiles o unicidades elevadas, lo que sugiere la necesidad de revisión para futuras aplicaciones.

No obstante, estos resultados no invalidan el instrumento ni los hallazgos principales, dado que la mayoría de las respuestas se agruparon de forma similar a investigaciones previas, lo que refuerza su pertinencia contextual y su utilidad para estudios exploratorios. La investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos”, no solo aporta evidencia empírica sobre las representaciones sociales del estigma en Ecuador, sino también orientaciones metodológicas para el desarrollo y mejora de instrumentos en contextos culturales específicos.

Análisis Factorial Exploratorio

Tabla 6*Carga de los Factores (AFE)*

	Factor				Unicidad
	1	2	3	4	
ítem 6	0.600				0.705
ítem 7	0.674				0.509
ítem 8	0.688				0.444
Ítem 9					0.868
Ítem 10			0.785		0.386
Ítem 11	0.475				0.741
Ítem 12	0.328		0.303		0.616
Ítem 13	0.523				0.430
Ítem 15					0.949
Ítem 16					0.745
Ítem 17					0.793
Ítem 18		0.735			0.457
ítem19		0.784			0.379
Ítem 20				-0.484	0.648

Nota. El método de extracción ‘Factorización según el eje principal’ se usó en combinación con una rotación ‘oblimin’

Comprobación de supuestos

Prueba de Esfericidad de Bartlett

χ^2	gl	p
1036	91	<.001

3.3 Análisis descriptivo de medias y desviaciones estándar

Con el fin de resumir y comprender cómo se distribuyen las percepciones y actitudes de la muestra estudiada se realiza un análisis de medias y desviación estándar. Los resultados de la media proporcionarán un valor representativo del grado general del estigma presente y la desviación estándar indicará el nivel de consenso entre los participantes del estudio respecto a sus percepciones sobre la EM. Estos resultados son fundamentales para identificar si existen diferencias significativas entre los grupos, lo que es importante a la hora de diseñar intervenciones y proponer políticas públicas en la lucha contra el estigma de la EM.

Este enfoque estadístico se relaciona con los objetivos de la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” al facilitar la identificación de los prejuicios, estereotipos, discriminación, y el impacto del contacto con personas con EM, con el fin de que sirvan en el diseño de las estrategias educativas en la reducción del estigma.

3.3.1 Los prejuicios (ítems 6-10)

En este apartado se examinan los resultados descriptivos de la dimensión de prejuicios hacia las personas con EM, correspondientes a las preguntas del 6 al 10 del instrumento. Este análisis responde al objetivo de la investigación, que tiene como objetivo identificar los prejuicios, hacia las personas que tienen una EM. La tabla 6 muestra los valores de media y desviación estándar obtenidos para cada ítem. Este análisis permite identificar el grado de aceptación o prejuicios que tiene la muestra estudiada.

Tabla 7

Medias y desviación estándar de la dimensión prejuicios (ítem 6-10)

Ítem/pregunta	Media	Desviación Estándar	N válidos
6. Diálogo con personas con EM	2.41	1.07	360
7. Internamiento psiquiátrico	2.67	1.15	360
8. Evitación	1.93	0.958	360
9. Educación con personas con EM	3.25	1.14	360
10. Derecho a la paternidad	2.90	1.44	360

Nota: En total se obtuvieron 360 datos válidos con ningún dato perdido.

Los resultados señalan que la pregunta con menor puntuación es la número 8 acerca de “Evitar a las personas con EM”, con una media de 1.93 (DE=0.96), lo que indica que los participantes en el estudio tienden en su mayoría a no evitar a las personas con EM, evidenciando un nivel relativamente bajo de prejuicios en este aspecto. Estos resultados pueden indicar que existe una actitud favorable hacia la interacción social, coincidiendo con lo propuesto por Corrigan et al. (2001), que concluyeron que el contacto directo puede reducir el deseo de evitar a las personas con EM. Otros estudios recientes como los de Lobato et al. (2017), han reportado una reducción de la distancia social hacia las personas con EM, especialmente cuando existe contacto previo con las personas afectadas. En contraste, las personas que contestaron que evitan a las personas con EM en esta parte del estudio, investigaciones como las de Angermeyer y Dietrich

(2006), explican que la evitación suele estar asociada el estereotipo de peligrosidad de las personas con EM.

En contraste, el ítem 9 “La educación con personas con EM” tiene la media más alta 3.25 (DE=1.14) lo cual evidencia una actitud menos estigmatizante de parte de la muestra hacia la inclusión educativa con personas con EM. Este resultado coincide con los de Schulze y Angermeyer (2003), que señalan una creciente aceptación social hacia la convivencia escolar con personas que sufren enfermedades mentales, especialmente en contextos donde se desarrollan campañas de sensibilización.

El ítem 10 “derecho a la paternidad” también obtuvo una media moderadamente alta 2.90 (DE=1.44), lo que podría señalar una división de opiniones respecto al derecho de personas con EM a ejercer la paternidad, lo cual se alinea con los resultados previos sobre estos tipos de prejuicios (Corrigan y Watson, 2002; Park et al., 2006; Reupert et al., 2025; Oyserman et al., 2000).

Con relación, a las desviaciones estándar relativamente altas en varios ítems (ítem 10 = 1.44) muestran una variabilidad significativa en las actitudes individuales, lo que sugiere la coexistencia de posturas tanto incluyentes como estigmatizantes dentro de la muestra estudiada. Este patrón coincide con el señalado por Goffman (1963) sobre la ambivalencia del estigma social, donde las personas pueden expresar rechazo y apoyo hacia distintos aspectos de la vida de quienes sufren una EM.

Este análisis ha permitido evidenciar, que en general, las actitudes hacia las personas con EM presentan una tendencia heterogénea, con niveles moderados de prejuicios y desviaciones estándar que muestran cierta variabilidad en las respuestas.

3.3.2 Estereotipos (ítems 11,12, 13 y 15)

En este apartado se presentan los resultados del análisis descriptivo de la dimensión acerca de los estereotipos vinculados a las personas con EM, de acuerdo a las preguntas 11, 13 y 15 de la encuesta aplicada en la investigación. Esta dimensión se vincula directamente con el objetivo del estudio que tiene como objetivo identificar la percepción estereotipada hacia las personas que sufren estas dolencias.

La tabla 7 contiene los resultados de los valores de la media y la desviación estándar para cada una de las preguntas aplicadas en la encuesta, acerca de los estereotipos vinculados a las personas con EM. Este análisis permite identificar la imagen que tiene la muestra estudiada acerca de las personas con EM.

Tabla 8

Medias y desviaciones estándar de los ítems sobre estereotipos (ítems 11-13 y 15)

Ítem/pregunta	Media	Desviación Estándar	N válidos
11. Inferioridad genética de las personas con EM	1.64	1.01	360
12 Las personas con EM son impredecible	3.17	0.999	360
13. Las personas con EM son peligrosas	2.95	1.00	360
15. Las personas con EM tienen autonomía	2.70	0.886	360

Nota: En total se obtuvieron 360 datos válidos con ningún dato perdido.

Conforme a los resultados, el ítem 11 acerca de la creencia de que las personas con EM tienen una inferioridad genética, tiene la puntuación más baja una media de 1.64 (DE =1.01), lo

que evidencia que la mayoría de los participantes en el estudio no comparten la idea de que las personas con EM son genéticamente inferiores. Esto sugiere que este estereotipo biologicista de inferioridad genética no está arraigado en la muestra evaluada, los cuales han sido documentados históricamente por algunas teorías científicas del pasado. (Stucchi-Portocarrero, 2013; Vergara, 2002)

El ítem 12 acerca de la creencia de que las personas con EM tienen una conducta impredecible, tiene la media más alta 3.17 (DE = 0.99), lo que revela una mayor tendencia de parte de la muestra a pensar que las personas con EM tienen una conducta impredecible. Este estereotipo es una de las creencias más persistentes del estigma hacia las personas con EM que lo evidencian otros estudios (Goffman, 1963; Jones et al., 1984; Link et al., 1989). Esta percepción de imprevisibilidad propone la generación de temor y contribuye a la discriminación de estas personas.

En cuanto a la percepción de peligrosidad de las personas con EM, el ítem 13 obtuvo una media moderada alta de 2.95 (DE = 1.00), lo que indica que casi la mitad de los participantes del estudio consideran que las personas con estas dolencias son peligrosas. Otros estudios han encontrado los mismos resultados (Scheff, 1974; Wahl, 1995), lo que significa que este mito sigue vigente. Estos autores también han concluido, que este estigma es reforzado por los medios de comunicación, quienes a menudo representan a personas con EM como peligrosas, agresivas y antisociales. Este estereotipo ha sido refutado en estudios como los de Stuart (2003) con evidencia empírica que la mayoría de las personas con EM no son más violentas que la población en general.

En cuanto a la creencia de que las personas con EM pueden cuidar de sí misma, del ítem 15, se observa que obtuvo una media de 2.70 (DE = 0.89), lo que expone que hay una percepción intermedia respecto a este estereotipo, lo que significa que parte de los participantes reconocieron

la capacidad de las personas con EM para ser autónomas, otra parte que tiene dudas sobre este aspecto. Tendiendo los participantes a tener una visión paternalista, donde pueden existir dudas acerca de la capacidad de estas personas para gestionar su propio cuidado, lo cual también estarían alineadas a actitudes de sobreprotección y control como otros estudios lo indican (Terán y Moreno, 2019).

Estos resultados indican una ambivalencia social frente a la autodeterminación de las personas con diagnósticos psiquiátricos. Sartorius y Schule (2005) señalan que el cuestionamiento de la autonomía de este grupo de personas es parte de muchas formas de estigma institucional, como la tutela legal o el internamiento psiquiátrico forzado.

En conjunto, los resultados reflejan que hay persistencia en los estereotipos de peligrosidad e imprevisibilidad, mientras que hay menor adhesión a ideas extremas como la inferioridad genética y una mayor apertura al reconocimiento de autonomía por parte de las personas con EM. Los resultados evidencian la necesidad de intervenciones educativas, que ayuden a desmitificar estos estereotipos concretos y promuevan una imagen realista y respetuosa de las personas con EM.

3.3.3 Discriminación (ítems 16,72, 18, 19 y 20).

En este numeral se presentan los resultados descriptivos de la dimensión acerca de las actitudes discriminatorias hacia las personas con EM, de acuerdo a las preguntas 16, 17, 18,19 y 20 de la encuesta aplicada en el estudio. Esta dimensión se vincula directamente con el objetivo del estudio que tiene como objetivo identificar las actitudes discriminatorias hacia las personas que padecen estas patologías.

La tabla 8 muestra los valores de media y desviación estándar obtenidos para cada ítem relacionados con las actitudes discriminatorias hacia las personas con EM. Este análisis permite identificar el grado de aceptación o discriminación que tiene la muestra estudiada.

Tabla 9

Medias y desviaciones estándar sobre la dimensión discriminación

Ítem/pregunta	Media	Desviación Estándar	N válidos
16. Relaciones afectivas con personas con EM	2.08	1.04	360
17. Obligación del tratamiento psiquiátrico	3.48	1.27	360
18. Empleo para una persona con EM	3.04	1.07	360
19. Alquiler de viviendas a personas con EM	2.95	1.13	360
20. Relaciones de amistad con personas con EM	4.17	0.96	360

Nota: En total se obtuvieron 360 datos válidos con ningún dato perdido.

El ítem sobre la disposición a tener relaciones de amistad con una persona con EM obtuvo la media más alta 4.17 (DE = 0.96) lo que revela que la mayoría personas participantes en el estudio tienen una actitud positiva hacia la posibilidad de tener lazos de amistad con este colectivo. Por el contrario, el ítem referente a la posibilidad de tener relaciones afectivas con personas con EM presentó la media más baja 2.08 (DE = 1.04), lo que indica una menor aceptación social en el ámbito de relaciones de pareja con personas que tienen una EM, lo que ratifica estudios previos acerca del alto nivel de estigma en relaciones de pareja con estas personas (Goffman, 1963; Link y Phelan, 2001)

Con relación a la obligatoriedad del tratamiento psiquiátrico para las personas con EM, los resultados enseñan que la mayoría de la muestra tiene un alto nivel de acuerdo de que debería ser obligatorio, lo que manifiesta estigma, mediante actitudes paternalistas de control hacia las personas con estas patologías, lo que es coherente con estudios previos (Jones et al, 1984; Link et al., 1989).

En cuanto a la posibilidad de empleo para las personas con EM, la media fue de 3.04 (DE = 1.07) lo que evidencia que existe una tendencia positiva y menos estigmatizante acerca de la integración laboral de este colectivo, lo cual es muy positivo en la mejora de la percepción social de autonomía de estas personas.

El ítem relacionado al alquiler de viviendas a personas con EM, muestra una media más baja, con relación con la integración laboral 2.95 (DE = 1.13), este resultado manifiesta una actitud ambivalente, en cuanto al estigma, lo que evidencia una necesidad de intervención educativa para mejorar la percepción social de las personas que tienen una EM.

Con relación a las actitudes estigmatizantes, identificadas en los resultados, el modelo de contacto social de Allport (1954), sostiene que éstas estas posturas podrían reducirse mediante el contacto positivo con personas con EM, lo que evidencia la necesidad de programas educativos y comunitarios que promuevan la convivencia inclusiva con estas personas.

En conjunto, los resultados de este análisis evidencian la persistencia de actitudes discriminatorias selectivas, mientras que se manifiestan una mayor disposición a tener lazos de amistad, persisten las actitudes discriminatorias hacia las relaciones de pareja, lo cual enseña la existencia de discriminación que sigue afectado la vida de las personas con estas patologías.

3.4 Resultados del análisis Anova

En la presente sección se realizarán cálculos de varianza Anova, con el fin de comparar los niveles de prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias hacia las personas que sufren un EM y la variable del contacto o no con personas con EM. Estos análisis permitirán determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de estigma según la experiencia del contacto o no, lo que está directamente relacionado con el objetivo de la investigación de analizar la relación entre el contacto o no con personas con EM y la presencia o no del estigma hacia las personas que sufren una EM, que servirán como base en el diseño de estrategia en la lucha contra el estigma en el contexto ecuatoriano.

3.4.1. Dimensión prejuicios

En este numeral se examinan los resultados del análisis de varianza Anova de Welch aplicado a la dimensión prejuicios hacia las personas con EM. Se analizan las diferencias entre los grupos con distintos niveles de contacto con personas con EM, con el fin de conocer si el contacto con personas con EM, influye en las actitudes prejuiciosas, en línea con los objetivos del estudio.

3.4.1.1 Participantes que reportaron tener una EM

Tabla 10

Resultados del análisis Anova: Participantes que reportaron tener una EM

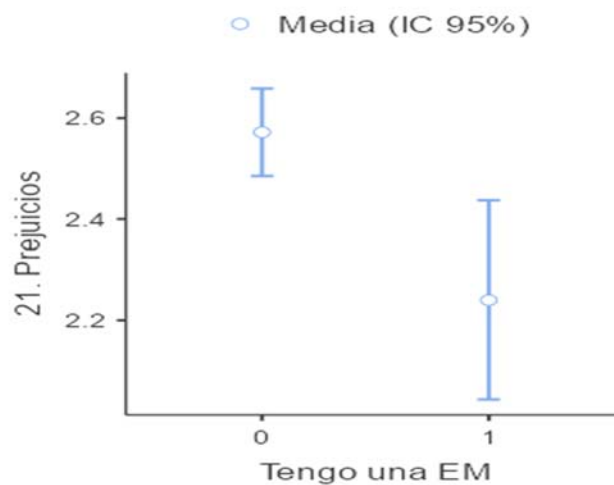
Anova de Un Factor (Welch)					
	F	gl1	gl2	p	
21. Prejuicios	9.58	1	63.4	0.003	
Descriptivas de Grupo					
	Tengo una EM	N	Media	DE	EE
21. Prejuicios	0	315	2.57	0.784	0.0442

Descriptivas de Grupo

	Tengo una EM	N	Media	DE	EE
	1	45	2.24	0.656	0.0978

Figura 1

Resultado del análisis Anova: Participantes que reportaron tener una EM



En el análisis de varianza (ANOVA de Welch) aplicado a la dimensión “Prejuicios”, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las personas que tienen una enfermedad mental y aquellas que no $F(1,63.4)=9.58, *p*=.003$. El grupo de personas que no tienen una enfermedad mental presentó una media de prejuicio mayor ($M = 2.57, DE = 0.78$) en comparación con el grupo que sí tiene una enfermedad mental ($M = 2.24, DE = 0.66$). Esta diferencia de medias (0.33) indica que las personas que no han experimentado una enfermedad mental expresan actitudes más prejuiciosas hacia la salud mental.

Este hallazgo es coherente con los objetivos de la presente investigación, al mostrar que la experiencia directa con una enfermedad mental puede estar asociada con una menor adhesión a creencias prejuiciosas. Lo anterior sugiere que el contacto directo o vivencial podría ser un factor protector frente al estigma, y refuerza la necesidad de promover espacios de sensibilización que humanicen y visibilicen la realidad de las personas que viven con estos trastornos.

Dado que el análisis ANOVA de Welch se realizó para comparar los niveles de prejuicio entre dos grupos (personas que se identifican con enfermedad mental y aquellas que no), y se obtuvieron diferencias significativas ($F_{1, 63.4} = 9.58, p = .003$), no fue necesario aplicar pruebas post hoc, ya que la comparación se limitó a dos grupos y el análisis ANOVA ya proporciona la información suficiente sobre la existencia de una diferencia significativa.

3.4.1.2 Familiares con enfermedad mental

Tabla 11

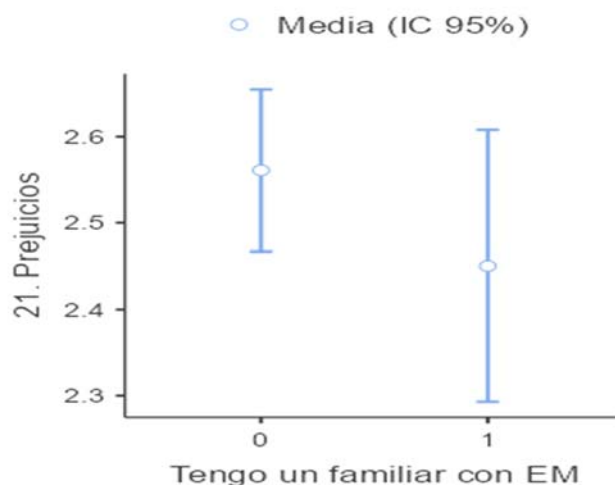
Tengo un familiar con EM y la dimensión de prejuicios

Anova de Un Factor (Welch)					
	F	gl1	gl2	p	
21. Prejuicios	1.42	1	173	0.235	

Descriptivas de Grupo					
	Tengo un familiar con EM	N	Media	DE	EE
21. Prejuicios	0	261	2.56	0.770	0.0477
	1	99	2.45	0.790	0.0794

Figura 2

Resultados del análisis Anova: Tengo un familiar con EM



Los resultados de Anova, muestran que no se encontraron diferencias relevantes a nivel estadístico entre los participantes que tienen una familiar con EM y aquellos que no $F(1, 173) = 1.42, p = .235$. En este caso, tener contacto con familiar con EM, no parece tener un impacto en la reducción de actitudes prejuiciosas, lo cual es importante en el análisis del papel del entorno familiar como posible factor protector frente al estigma de las personas con EM.

3.4.1.3 Conozco a una persona próxima con EM

Tabla 12

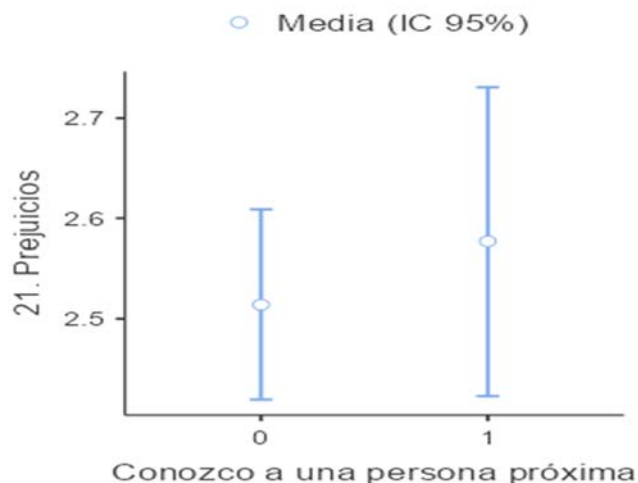
Conozco a una persona próxima con EM y la dimensión prejuicios

Anova de Un Factor (Welch)				
	F	gl1	gl2	p
21. Prejuicios	0.474	1	171	0.492

Descriptivas de Grupo					
	Persona próxima con EM	N	Media	DE	EE
21. Prejuicios	0	265	2.51	0.784	0.0481
	1	95	2.58	0.757	0.0776

Figura 3

Resultados del análisis Anova: Conozco a una persona próxima con EM



En el análisis de varianza (Anova de Welch) aplicado a la dimensión “Prejuicios”, no se observaron diferencias estadísticamente relevantes entre las personas que conocen a alguien próximo con enfermedad mental y aquellas que no ($F(1, 171) = 0.47, p = .492$). El grupo de personas que no conocen a alguien cercano con enfermedad mental presentó una media de prejuicio ligeramente menor ($M = 2.51, DE = 0.78$) en comparación con el grupo que sí conoce a alguien ($M = 2.58, DE = 0.76$).

No obstante, esta diferencia de medias (0.07) no fue estadísticamente significativa, lo cual indica que el contacto personal de una persona con enfermedad mental no está asociado con cambios relevantes en los niveles de prejuicio en esta muestra. Este hallazgo no respalda la hipótesis planteada en los objetivos de la presente investigación, que proponía que el contacto directo podría estar relacionado con una reducción del estigma. Por el contrario, sugiere que el conocimiento próximo, en sí mismo, no es suficiente para modificar las representaciones

prejuiciosas hacia la enfermedad mental, lo que destaca la complejidad del fenómeno estigmatizante y la necesidad de intervenciones educativas más profundas y estructuradas.

3.4.1.4 No conozco a nadie con enfermedad mental

Tabla 13

No conozco a nadie con EM y la dimensión prejuicios

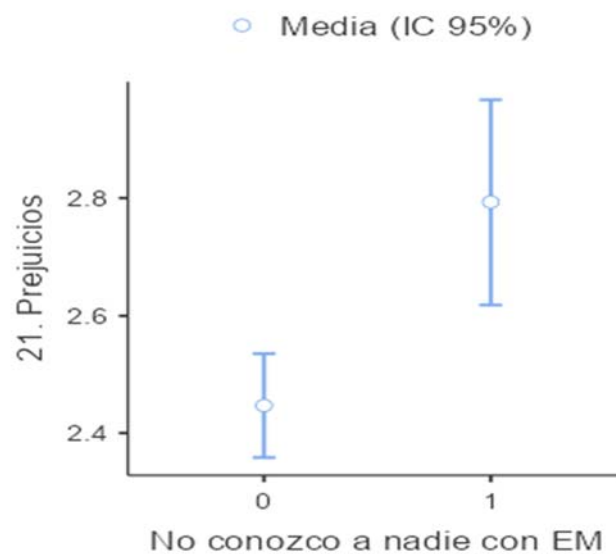
ANOVA de Un Factor (Welch)				
	F	gl1	gl2	p
21. Prejuicios	12.3	1	134	<.001

Descriptivas de Grupo

	No conozco a nadie con EM	N	Media	DE	EE
21. Prejuicios	0	273	2.45	0.744	0.0450
	1	87	2.79	0.819	0.0878

Figura 4

Resultados del Análisis Anova: No conozco a nadie con una EM



Los resultados entre la comparación de los grupos que no conocen a nadie con EM y los que sí, indican diferencias estadísticamente relevantes. $F(1, 134) = 12.3, p < .001$. El grupo que ha tenido contacto mostró una media de prejuicios mayor ($M = 2.79, DE = 0.82$) en comparación con el grupo que no conoce a nadie con EM ($M = 2.45, DE = 0.74$). En este caso señala que las personas que han tenido contacto cercano tienden a manifestar más prejuicios en esa investigación. Contrario a lo esperado, el contacto con personas con EM en esta muestra evidencia un mayor nivel de prejuicios. Estos resultados evidencian la necesidad de promover intervenciones educativas y sociales que no solo fomenten el contacto, sino que también mejoren la calidad de esas interacciones.

3.4.1.5 Conozco la enfermedad mental por trabajo

Tabla 14

Conozco la EM por trabajo y la dimensión prejuicios

Anova de un factor (Welch)

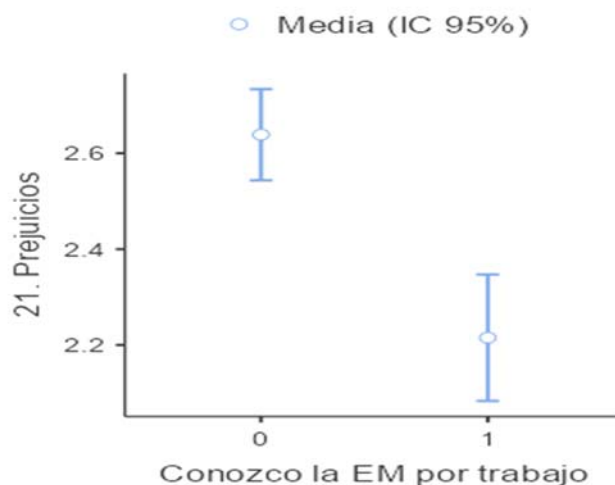
	F	gl1	gl2	p
21. Prejuicios	26.6	1	194	<.001

Descriptivas de Grupo

	Conozco la EM por trabajo	N	Media	DE	EE
21. Prejuicios	0	268	2.64	0.791	0.0483
	1	92	2.22	0.637	0.0664

Figura 5

Resultados del análisis Anova: Conozco la EM por trabajo



Los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas, $F(1, 194) = 26.6$, $p < .001$, entre los grupos que conocen la EM por trabajo y los que no

Los participantes que no conoce la EM por trabajo obtuvieron una media de prejuicio significativamente mayor ($M = 2.64$, $DE = 0.79$) en comparación con quienes sí conocen la EM por motivos laborales ($M = 2.22$, $DE = 0.64$). Esta diferencia evidencia que el conocimiento profesional sobre la EM, puede estar asociado con una actitud menos prejuiciosa hacia las personas que la padecen.

Estos resultados ayudan a alcanzar los objetivos del estudio, que buscan comprender cómo el conocimiento y la experiencia con la enfermedad mental influyen en el estigma de las personas que sufren una EM.

3.4.2 Dimensión estereotipos

Con el fin de cumplir con los objetivos del presente estudio de investigación, de analizar el impacto entre el contacto con personas con enfermedad mental y la presencia de estereotipos de las personas que sufren una EM, se muestran los resultados obtenidos con el análisis de la varianza de Anova Welch para la dimensión estereotipos. En esta sección se examinan los resultados del análisis de varianza Anova de Welch aplicado a la dimensión de los estereotipos hacia las personas

con EM. Se analizan las diferencias entre los grupos con distintos niveles de contacto con personas con EM, con el fin de conocer si el contacto o no influye en la visión estereotipada de las personas con EM, en línea con los objetivos del estudio.

3.4.2.1 Participantes que reportaron tener una enfermedad mental

Tabla 15

Anova dimensión estereotipos: Tengo una EM

ANOVA de Un Factor (Welch)

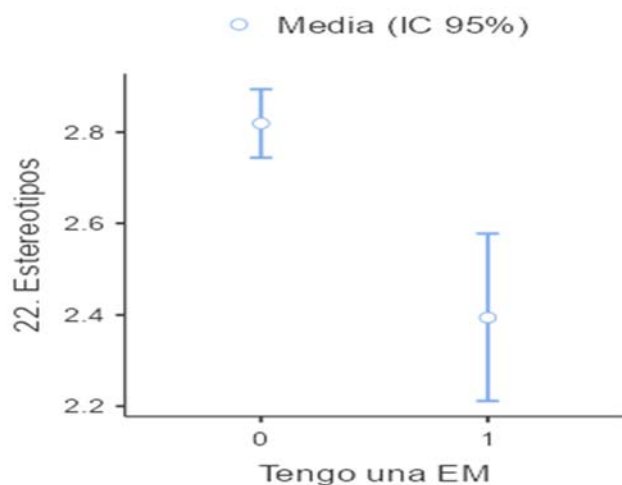
	F	gl1	gl2	p
22. Estereotipos	18.6	1	60.7	<.001

Descriptivas de Grupo

	Tengo una EM	N	Media	DE	EE
22. Estereotipos	0	315	2.82	0.678	0.0382
	1	45	2.39	0.609	0.0908

Figura 6

Resultados del análisis Anova estereotipos: Tengo una EM



Se realizó un análisis de varianza Anova de Welch para comparar los niveles de estereotipos entre las personas que han tenido contacto con la EM y las personas que no. Los resultados indicaron una diferencia significativa, $F(1, 60.7) = 18.6, p < .001$.

El grupo de personas que no tienen una EM muestran una media de estereotipos más alta ($M = 2.82, DE = 0.68$), en comparación con aquellas que sí tienen una EM ($M = 2.39, DE = 0.61$). Estos resultados evidencian que las personas con experiencia directa con estas patologías tienden a mantener menos creencias estereotipadas, lo cual es consistente con la hipótesis de que el contacto directo con la EM reduce el estigma.

Dado que el análisis comparó solamente dos grupos, no fue necesario aplicar una prueba post hoc, ya que el Anova de Welch ofrece suficiente evidencia de la existencia de una diferencia relevante.

Este resultado se alinea directamente con los objetivos de la investigación, que buscan identificar el impacto del contacto con la EM y la experiencia personal con la enfermedad mental en la formación de actitudes sociales.

3.4.2.2 Familiar con enfermedad mental

Tabla 16

Resultados del análisis Anova de la dimensión estereotipos: Tengo un familiar con EM

ANOVA de Un Factor (Welch)

	F	gl1	gl2	p
22. Estereotipos	1.66	1	183	0.199

Descriptivas de Grupo

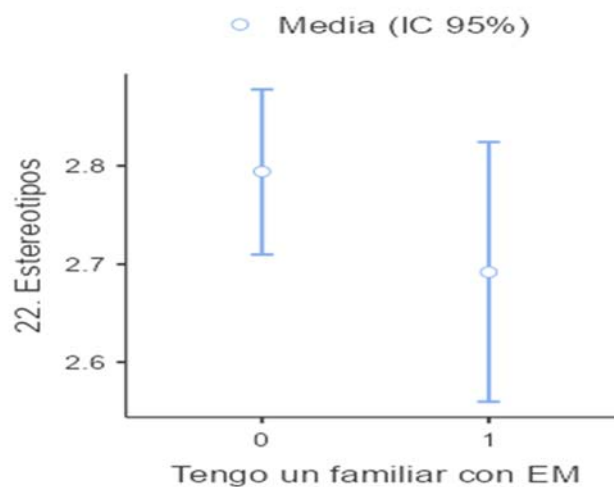
Tengo un familiar con EM	N	Media	DE	EE
---------------------------------	----------	--------------	-----------	-----------

ANOVA de Un Factor (Welch)

	F	gl1	gl2	p			
22. Estereotipos	0			261	2.79	0.690	0.0427
	1			99	2.69	0.664	0.0668

Figura 7

Resultados del análisis Anova estereotipos: Tengo un familiar con EM



En el caso de los participantes del estudio que reportaron tener un familiar con enfermedad mental, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a los estereotipos ($F(1, 183) = 1.66, p = .199$). Si bien las medias indican una leve disminución en la presencia de estereotipos en el grupo con contacto familiar ($M = 2.69$) en comparación con quienes no tienen familiares con enfermedad mental ($M = 2.79$), la diferencia no fue suficiente para considerarla estadísticamente relevante.

3.4.2.3 Persona próxima con enfermedad mental

Figura 8

Resultados del análisis Anova estereotipos: Conozco a una persona próxima con EM

ANOVA de Un Factor (Welch)

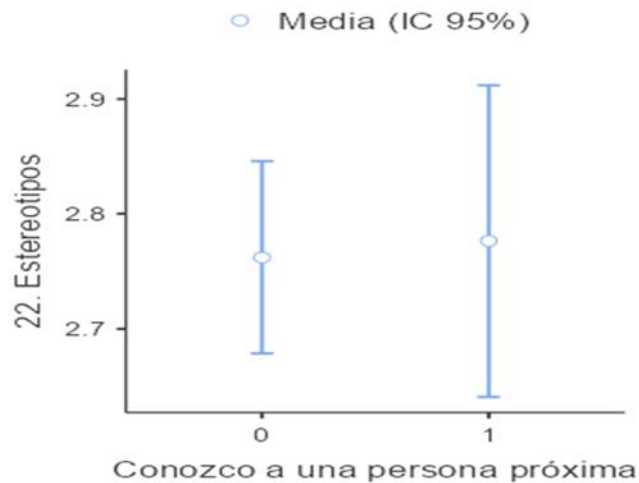
	F	gl1	gl2	p
22. Estereotipos	0.0305	1	171	0.862

Descriptivas de Grupo

	Conozco a una persona próxima	N	Media	DE	EE
22. Estereotipos	0	265	2.76	0.691	0.0424
	1	95	2.78	0.666	0.0683

Figura 9

Resultados del análisis Anova estereotipos: Conozco a una persona próxima con EM



Así mismo, no se encontraron diferencias significativas a nivel estadístico entre quienes conocen a una persona próxima con enfermedad mental y quienes no ($F 1, 171 = 0.0305$, $p = .862$). Las medias fueron semejantes en ambos grupos ($M = 2.76$ y $M = 2.78$).

3.4.2.4 Sin contacto con personas con enfermedad mental

Tabla 17

Resultados del análisis Anova estereotipos: No conozco a nadie con EM

Anova de Un Factor (Welch)

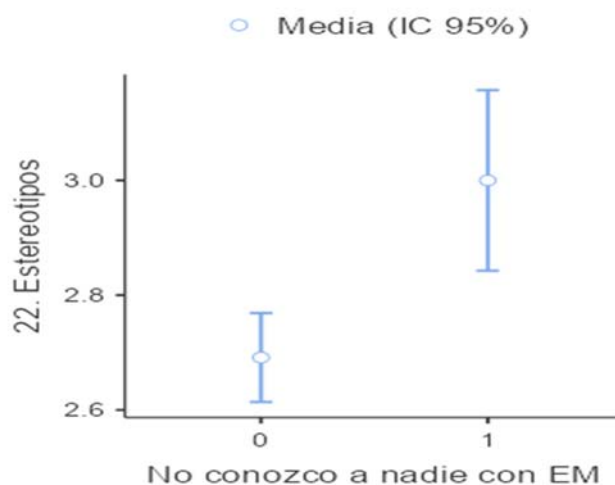
	F	gl1	gl2	p
22. Estereotipos	12.2	1	131	<.001

Descriptivas de Grupo

	No conozco a nadie con EM	N	Media	DE	EE
22. Estereotipos	0	273	2.69	0.649	0.0393
	1	87	3.00	0.738	0.0792

Figura 10

Resultados del análisis Anova estereotipos: No conozco a nadie con EM



El presente análisis se vincula directamente con uno de los objetivos específicos de esta investigación: analizar la relación entre el contacto con personas con EM y la presencia de estereotipos. La muestra del estudio que conocían a alguien con EM mostró tener una visión más estereotipada que aquellos que no tienen ningún tipo de contacto declarado con personas con estas patologías. Los resultados mostraron una diferencia estadísticamente sustancial entre los grupos, F

(1, 131) = 12.2, $p < .001$. Los participantes que indicaron no conocer a ninguna persona con estas patologías, puntuaron una media significativamente menor de estereotipos ($M = 2.69$, $DE = 0.649$) en comparación con aquellos que sí conocían a alguien con esta condición ($M = 3.00$, $DE = 0.738$).

3.4.2.5 Contacto con la enfermedad mental por trabajo

Tabla 18

Resultados del análisis Anova estereotipos: Conozco la EM por trabajo

Anova de Un Factor (Welch)

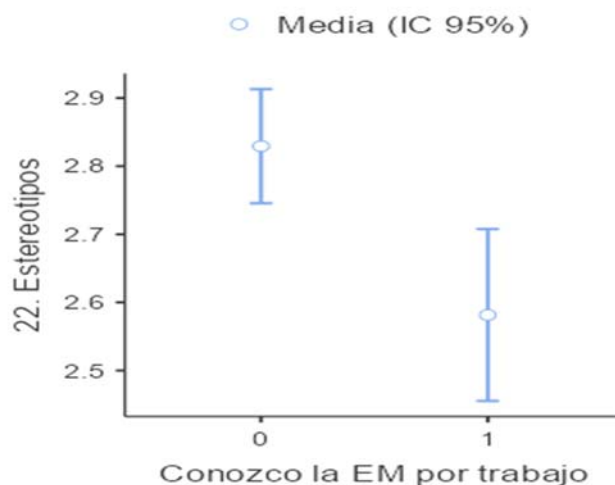
	F	gl1	gl2	p
22. Estereotipos	10.5	1	179	0.001

Descriptivas de Grupo

	Conozco la EM por trabajo	N	Media	DE	EE
22. Estereotipos	0	268	2.83	0.697	0.0426
	1	92	2.58	0.609	0.0635

Figura 11

Resultados del análisis Anova estereotipos: Conozco la EM por trabajo



En este caso, sí se observaron diferencias estadísticamente importantes ($F_{1, 179} = 10.5, p = .001$). Los participantes que declararon conocer la enfermedad mental por razones laborales reportaron menores niveles de estereotipos ($M = 2.58, DE = 0.609$) en comparación con quienes no la conocen en ese contexto ($M = 2.83, DE = 0.697$).

En resumen, los resultados evidencian que la experiencia personal con la EM y el contacto profesional o laboral con ella se vinculan con niveles más bajos de estereotipos, mientras que el contacto familiar o social no presentó efectos considerables.

Esto revela que no todo tipo de contacto con personas con EM, tiene el mismo impacto, lo que debe ser considerado en el diseño de programas de sensibilización y educación. Estos resultados se alinean con el objetivo de la investigación. Describir y analizar cómo son, cómo se forman y se perpetúan los estereotipos de las personas con EM y aportan evidencia para estrategias de prevención del estigma desde un enfoque educativo y comunitario.

Este dato se vincula directamente con los objetivos de la investigación, particularmente con el propósito de examinar cómo el contacto con personas con EM influye en la percepción social y los estereotipos.

3.4.3 Dimensión actitudes discriminatorias

En esta sección se examinan los resultados del análisis de varianza Anova de Welch aplicado a la dimensión de las actitudes discriminatorias hacia las personas con EM. Se analizan las diferencias entre los grupos con distintos niveles de contacto con personas con EM, con el fin de conocer si el contacto o no influye en las actitudes discriminatorias hacia las personas con EM, en línea con los objetivos del estudio.

3.4.3.1 Participantes que reportaron tener una EM

Tabla 19

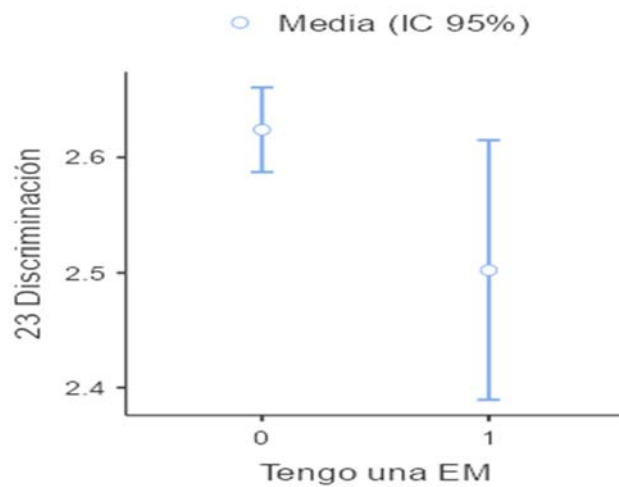
Resultados del análisis Anova discriminación: Tengo una EM

ANOVA de Un Factor (Welch)					
		F	gl1	gl2	p
23 Discriminación		4.26	1	54.3	0.044

Descriptivas de Grupo						
		Tengo una EM	N	Media	DE	EE
23 Discriminación	0		315	2.62	0.332	0.0187
	1		45	2.50	0.376	0.0560

Figura 12

Resultados del análisis Anova discriminación: Participantes que reportaron tener una EM



En el análisis de varianza Anova aplicado a la dimensión discriminación, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes que indicaron tener una EM y aquellos que no, $F(1, 54.3) = 4.26, p = .044$. Los datos enseñan que el grupo que no tiene un

trastorno mental tiene una media de discriminación ligeramente mayor ($M = 2.62$, $DE = 0.33$) en comparación con quienes reportaron tener una EM ($M = 2.50$, $DE = 0.38$). Esta diferencia sugiere una tendencia hacia actitudes menos discriminatorias entre quienes han sido diagnosticados con una EM.

Estos datos son coherentes con los objetivos del estudio, ya que apoya la hipótesis de que la experiencia personal directa con la EM puede estar relacionada con una menor adhesión a actitudes discriminatorias. En otras palabras, vivir con una EM podría generar mayor comprensión y empatía frente al estigma social.

3.4.3.2 Familiares con enfermedad mental

Tabla 20

Resultados del análisis de Anova discriminación: Tengo un familiar con EM

ANOVA de Un Factor (Welch)

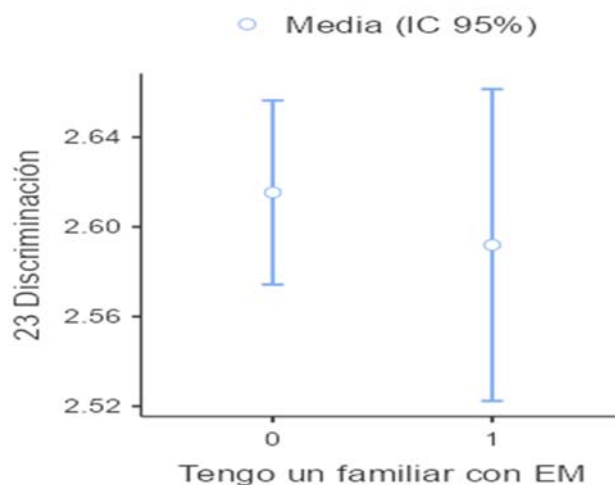
	F	gl1	gl2	p
23 Discriminación	0.329	1	172	0.567

Descriptivas de Grupo

	Tengo un familiar con EM	N	Media	DE	EE
23 Discriminación	0	261	2.62	0.337	0.0209
	1	99	2.59	0.349	0.0350

Figura 13

Resultados del análisis Anova discriminación: Tengo un familiar con EM



En los resultados de la varianza ANOVA aplicado a la dimensión discriminación, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas que tienen un familiar con enfermedad mental y aquellas que no, $F(1, 172) = 0.33$, $p = .567$. Las medias fueron muy similares: $M = 2.62$ ($DE = 0.34$) para quienes no tienen un familiar con EM, y $M = 2.59$ ($DE = 0.35$) para quienes sí lo tienen. En este caso, estos datos enseñan que la presencia de un familiar con EM no parece estar asociada con cambios en las actitudes discriminatorias hacia las personas que sufren una EM.

3.4.3.3 Persona próxima con enfermedad mental

Tabla 21

Resultados del análisis Anova discriminación: Conozco a una persona próxima con EM

ANOVA de Un Factor (Welch)

	F	gl1	gl2	p
23 Discriminación	3.69	1	201	0.056

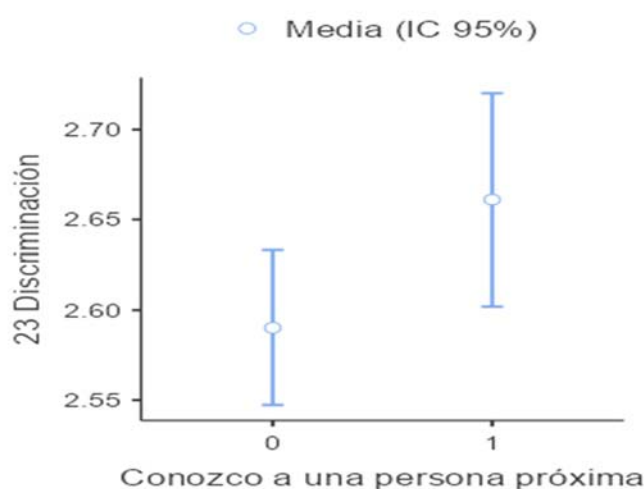
Conozco a una persona próxima	N	Media	DE	EE
--------------------------------------	----------	--------------	-----------	-----------

ANOVA de Un Factor (Welch)

	F	gl1	gl2	p	
23 Discriminación	0	265	2.59	0.355	0.0218
	1	95	2.66	0.290	0.0298

Figura 14

Resultados del análisis Anova discriminación: Conozco a una persona próxima con EM



3.4.3.4 Sin contacto con personas con enfermedad mental

Se realizó un análisis de varianza de un factor Anova de Welch, con el fin de comparar las actitudes discriminatorias hacia las personas con EM entre quienes conocen a una persona próxima con EM y quiénes no. Los datos obtenidos indicaron que no existen diferencias estadísticamente relevantes entre los grupos, $F(1, 201) = 3.69$, $p = .056$.

El grupo que no conoce a una persona próxima con enfermedad mental ($N = 265$) presentó una media de discriminación de 2.59 ($DE = 0.36$), mientras que el grupo que sí conoce a alguien ($N = 95$) obtuvo una media de 2.66 ($DE = 0.29$). Las diferencias alcanzadas en este análisis no tienen una significación estadística. Estos resultados indican que, en esta muestra de ciudadanos

ecuatorianos, el contacto directo con personas que padecen EM no se asocia con una disminución significativa en las actitudes discriminatorias

Tabla 22

Resultados del análisis Anova discriminación: No conozco a nadie con EM

ANOVA de Un Factor (Welch)

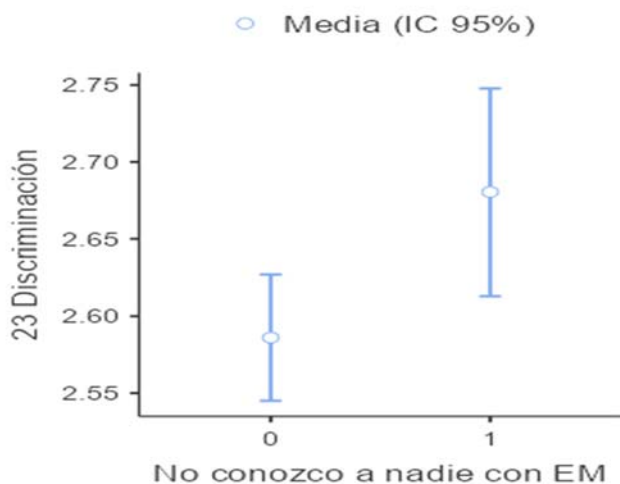
	F	gl1	gl2	p
23 Discriminación	5.62	1	156	0.019

Descriptivas de Grupo

	No conozco a nadie con EM	N	Media	DE	EE
23 Discriminación	0	273	2.59	0.345	0.0209
	1	87	2.68	0.316	0.0339

Figura 15

Resultados del análisis Anova discriminación: No conozco a nadie con EM



Se realizó un análisis de varianza de un factor Anova de Welch, para comparar las actitudes discriminatorias hacia las personas con EM entre quienes no conocen a nadie con enfermedad

mental y quienes sí conocen a alguien. Los datos mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, $F(1, 156) = 5.62, p = .019$. El grupo que no conoce a nadie con enfermedad mental ($N = 273$) obtuvo una media de discriminación de 2.59 ($DE = 0.35$), mientras que el grupo que sí conoce a alguien ($N = 87$) presentó una media de 2.68 ($DE = 0.32$).

Los resultados indican que quienes conocen a alguien con EM reportan niveles ligeramente más altos de actitudes discriminatorias. Estos resultados contribuyen al objetivo general de estudio de describir y analizar las representaciones sociales del estigma en cuanto a las actitudes discriminatorias y al impacto de conocer o no a personas con EM.

3.4.3.5 Conozco la enfermedad mental por trabajo

Tabla 23

Resultados del análisis Anova discriminación: Conozco la EM por trabajo

ANOVA de Un Factor (Welch)

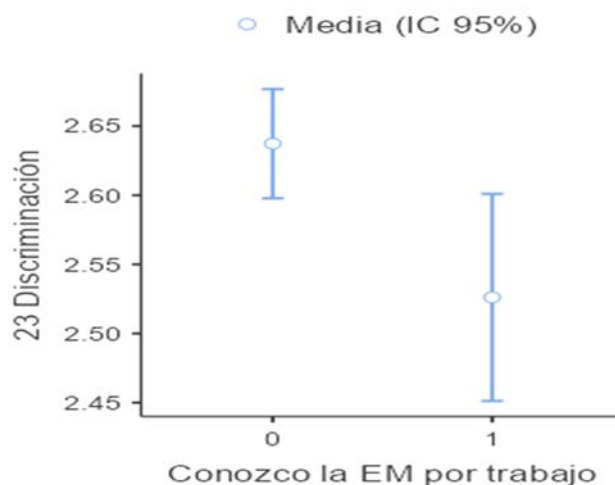
	F	gl1	gl2	p
23 Discriminación	6.79	1	146	0.010

Descriptivas de Grupo

	Conozco la EM por trabajo	N	Media	DE	EE
23 Discriminación	0	268	2.64	0.328	0.0200
	1	92	2.53	0.362	0.0377

Figura 16

Resultados del análisis Anova discriminación: Conozco la EM por trabajo



En el análisis de varianza de un factor Anova de Welch, para explorar si el conocimiento de la EM por motivos laborales influye en las actitudes discriminatorias hacia las personas que la padecen. Los datos indicaron una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos: $F(1, 146) = 6.79, p = .010$. Los participantes que no conocen la EM por trabajo obtuvieron una media de discriminación de $M = 2.64$ ($DE = 0.33$), mientras que aquellos que sí la conocen por esta vía mostraron una media inferior de $M = 2.53$ ($DE = 0.36$). Estos hallazgos sugieren que el contacto laboral con personas con EM, se asocia con niveles ligeramente más bajos de actitudes discriminatorias.

3.5 Análisis por hipótesis y subhipótesis: Resultados de la estadística descriptiva y cruce de variables

A continuación, se presentan los resultados de la hipótesis 1 con sus conclusiones. Esta hipótesis plantea la conexión entre el conocimiento de la EM y el estigma hacia las personas que sufren una EM. Para examinar esta hipótesis se analizaron los datos recopilados en la encuesta

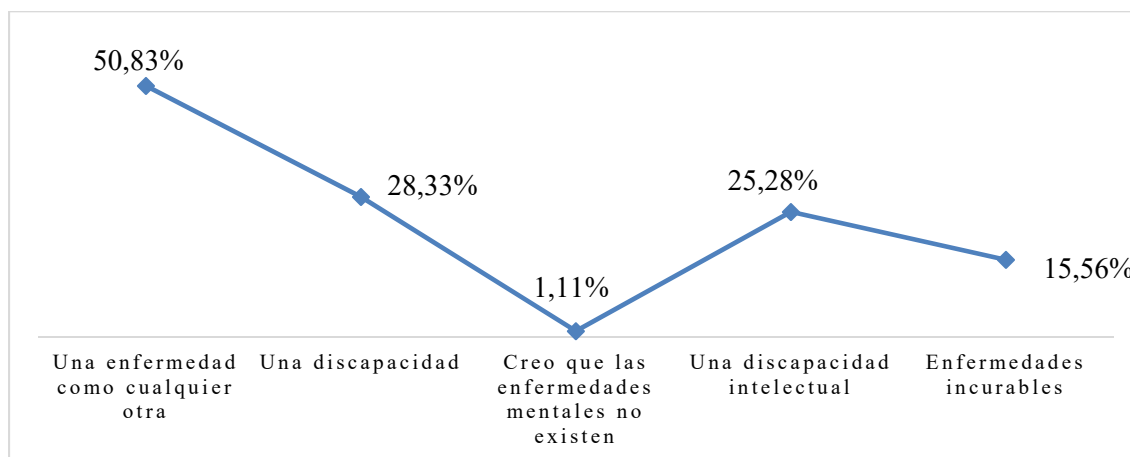
correspondiente a las 5 primeras preguntas del estudio. Los resultados que se presentan a continuación evidencian como se relaciona el conocimiento de la EM con el estigma.

3.5.1 Hipótesis 1. El grado de conocimiento acerca de la EM condiciona las actitudes hacia el estigma

El conocimiento o no de la EM puede condicionar las actitudes hacia las personas con estas patologías. Los resultados del análisis descriptivo muestran que la mayoría de los participantes consideran la EM como una enfermedad más, mientras que otros creen que es una discapacidad, pudiendo ocasionar limitaciones físicas o psicológicas en las personas que las padecen; e incluso algunos piensan que son incurables e inexistentes (Figura 1).

Figura 17

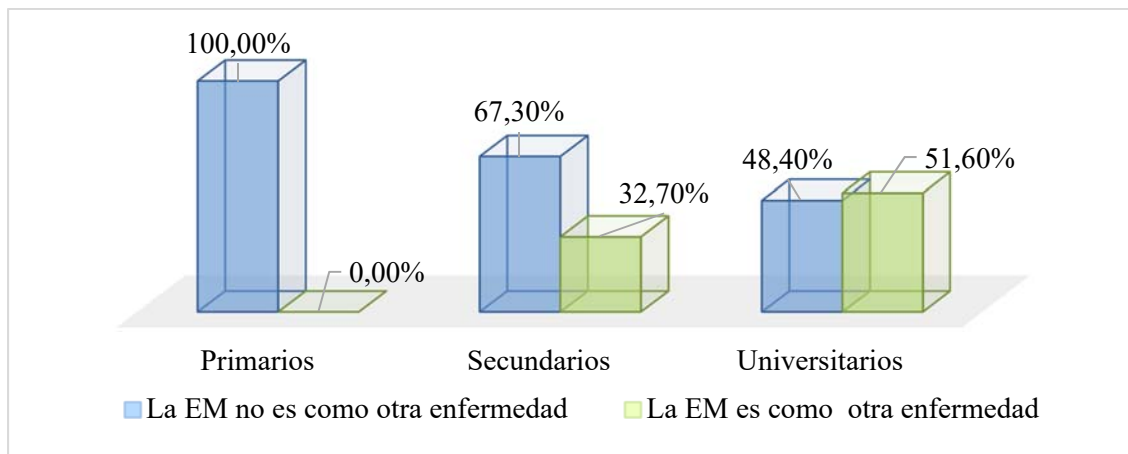
¿Sabe lo que es una EM?



La prueba del Chi-cuadrado muestra que existen relaciones significativas ($p = .005$) entre el grado de conocimiento de la EM y el nivel de estudios de los participantes en cuanto a la percepción de sí la EM. Se detectó que aquellos con educación primaria y secundaria opinan que la EM es diferente a otras enfermedades, mientras que las personas con estudios universitarios tienden a reconocerla como cualquier otra (Figura 2).

Figura 18

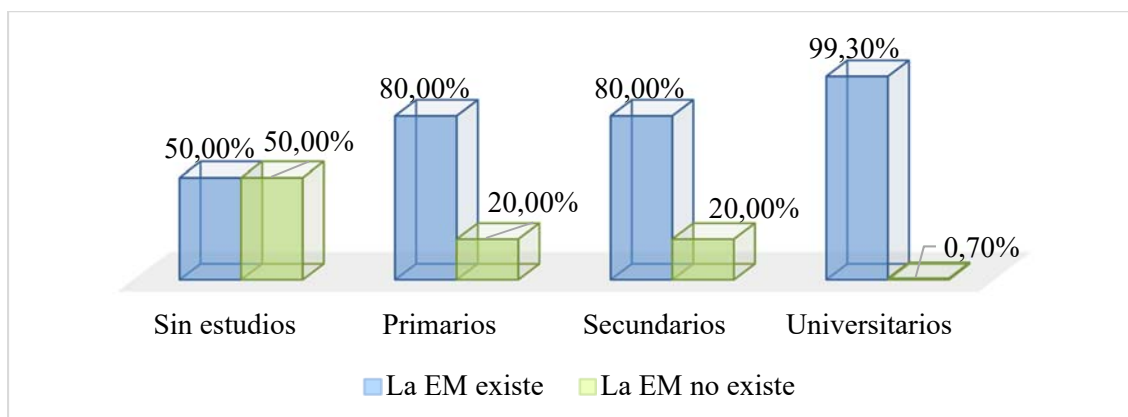
Percepción de la EM como cualquier otra en función del nivel de estudios



La creencia en la existencia de las enfermedades mentales está significativamente relacionada con el nivel educativo de los participantes ($p = .000$). Se observa que la mayoría de los encuestados, independientemente de si tienen estudios primarios, secundarios o universitarios, creen en la existencia de estas patologías. Sin embargo, se nota una mayor sensibilización entre las personas con estudios universitarios (Figura 3).

Figura 19

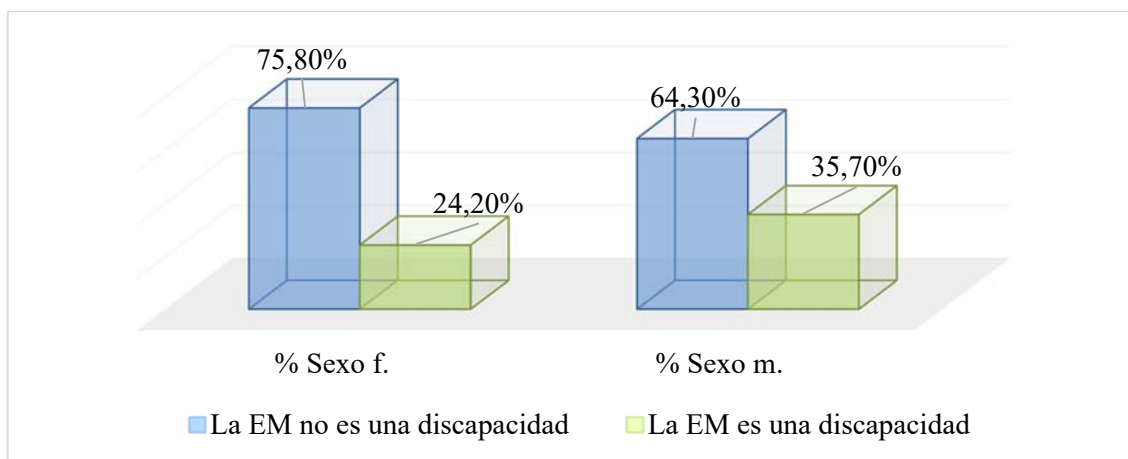
Reconocimiento de la existencia de la EM en función del nivel de estudios de las personas participantes



Así mismo, la prueba del chi-cuadrado reveló que existe relación de significatividad ($p = .024$) entre el género y la creencia de que la EM es una discapacidad intelectual. En este sentido, el 75.8% del género femenino no considera la EM como una discapacidad en contraste con el 64.3% del masculino. Estos datos sugieren que existe una concepción acertada de la EM en la mayoría de las personas participantes, pero insuficiente, pues todavía el 24.2% del género femenino y el 35.7% del masculino, la consideran como una discapacidad (Figura 4).

Figura 20.

Relación entre el género y la creencia de que la EM es una discapacidad



En cuanto a las causas de la EM, los resultados de la estadística descriptiva revelan que la mayoría de las personas participantes tienden a atribuirlos a factores biológicos, ambientales y sociales (Figura 6). En este sentido, informan que puede deberse a alteraciones neurológicas, demostrando una mejor comprensión acerca de la enfermedad; también a traumas infantiles, lo cual puede percibirse como un indicativo de debilidad, o por herencia familiar,

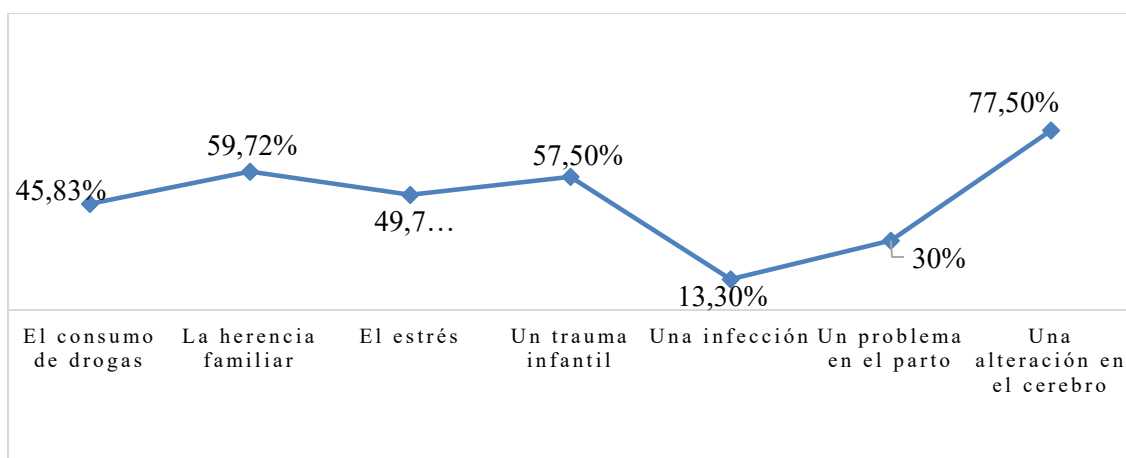
De forma similar, las personas participantes expresaron que la EM puede estar relacionada con el estrés o con el consumo de drogas, lo cual puede generar la percepción de que es una condición autoinfligida como resultado de decisiones asociadas a un estilo de vida, que tienden a

ser desaprobado. En menor medida, también consideran que puede deberse a complicaciones durante el parto o a la presencia de infecciones.

Estos resultados reflejan que algunas personas participantes sí parecen conocer la naturaleza de las EM, comprendiendo la relación entre la EM y los factores biomédicos. Este entendimiento contribuye, a una reducción del estigma hacia las personas con EM. Sin embargo, otras parecen no comprenderla, lo cual puede llevar a exacerbar el estigma social hacia las personas con EM.

Figura 21.

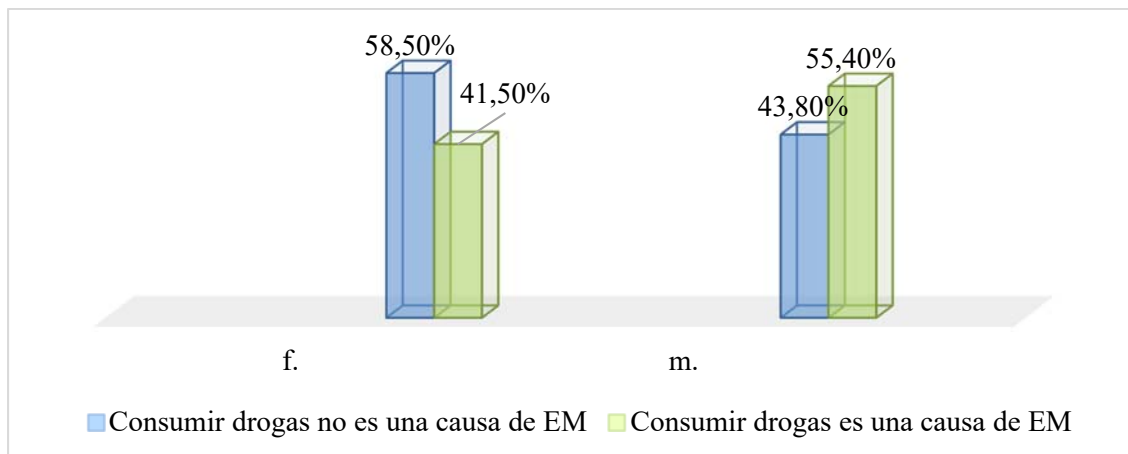
Causas de la EM en función de las opiniones de las personas participantes



Partiendo de la secuenciación de los descriptivos anteriores, se detecta relación entre el género de las personas participantes y la consideración de que la EM sea causada por el consumo de drogas ($p = .014$). A nivel general, los participantes no consideran que esto sea así, pero parece existir una discrepancia entre el género femenino y masculino. Las primeras son las que tienen una concepción menos prejuiciosa (58.50%) acerca del origen de la EM a diferencia de los segundos (55.40%) que parecen tener una mayor tendencia a atribuir esta EM al consumo de drogas.

Figura 22.

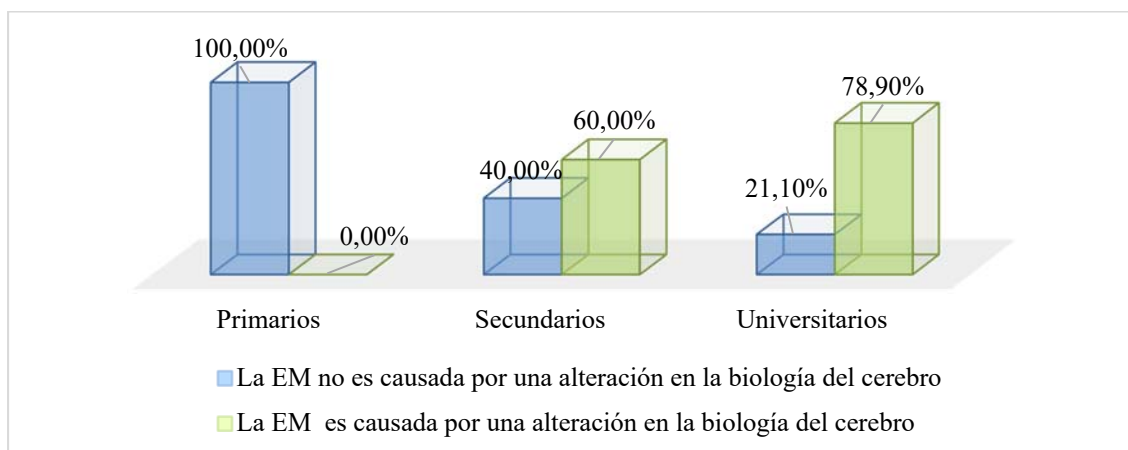
El consumo de drogas como causa de la EM en función del género de las personas participantes



Además de lo expuesto, el nivel de estudios de los participantes proporciona información sobre el grado de conocimiento que tienen acerca de la causa de la EM ($p = .014$). A este respecto, se observa que aquellas personas con estudios universitarios (78.90%) reconocen que la EM está causada por una alteración en la biología del cerebro, sucediendo lo mismo con aquellas que tienen estudios secundarios (60%), lo que sugiere una comprensión adecuada del origen de esta enfermedad (Figura 7).

Figura 23

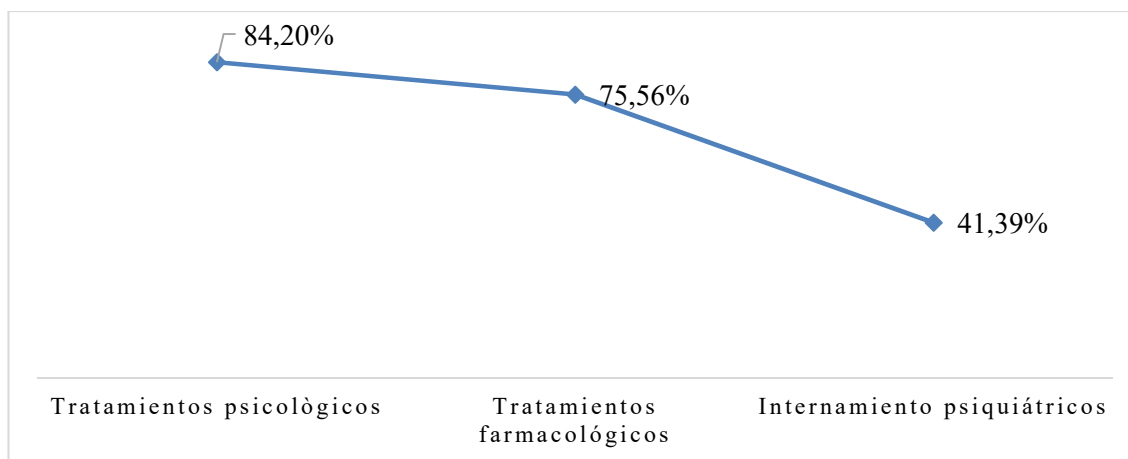
Percepción de la EM como una alteración en la biología del cerebro y el nivel de estudios



Los resultados del estudio evidencian percepciones variadas sobre el diagnóstico y los tratamientos de la EM entre los ciudadanos ecuatorianos que participan en el estudio. En cuanto a la eficacia de los tratamientos para una EM, la mayoría considera que la intervención psicológica (84.2%; $n = 305$) y farmacológica (75.56%; $n = 272$) pueden ser las más eficaces, aunque se desconoce si estos deben dispensarse de forma conjunta. El 41.39% ($n = 149$) considera que el internamiento psiquiátrico es un tratamiento útil para las personas con EM, lo que puede ser una asociación estigmatizante entre estas patologías y las enfermedades mentales graves (Figura 8).

Figura 24

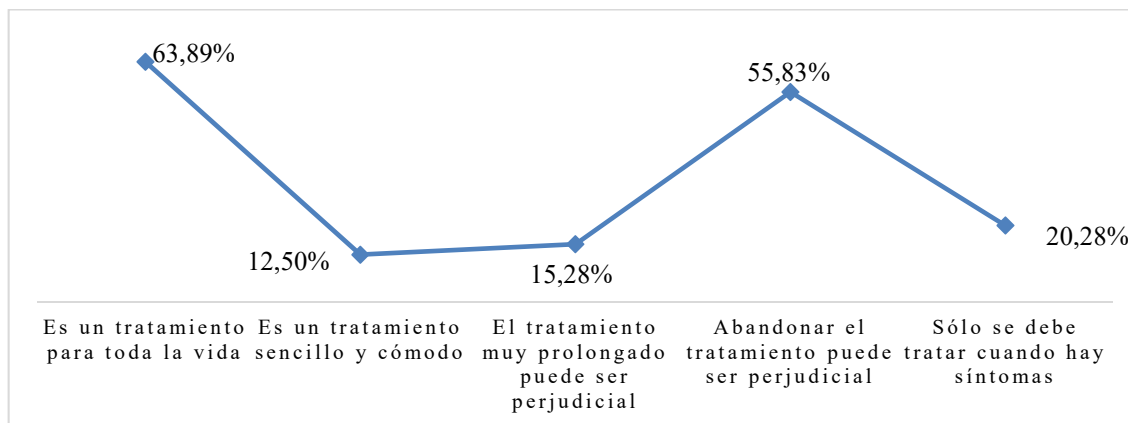
Opiniones sobre los tratamientos más eficaces para la EM



Focalizando en la duración del tratamiento de la EM, la mayoría de las personas participantes consideran que es para toda la vida, lo cual puede originar estigma, ya que parecen percibir estas enfermedades como crónicas e incurables. A su vez, consideran que abandonar el tratamiento puede ser perjudicial. En menor medida, algunos consideran que solo debe tratarse cuando aparecen los síntomas, lo cual puede indicar una comprensión limitada del impacto de la enfermedad; si no se interviene oportunamente, esta puede prolongarse en el tiempo y resultar perjudicial (Figura 9).

Figura 25

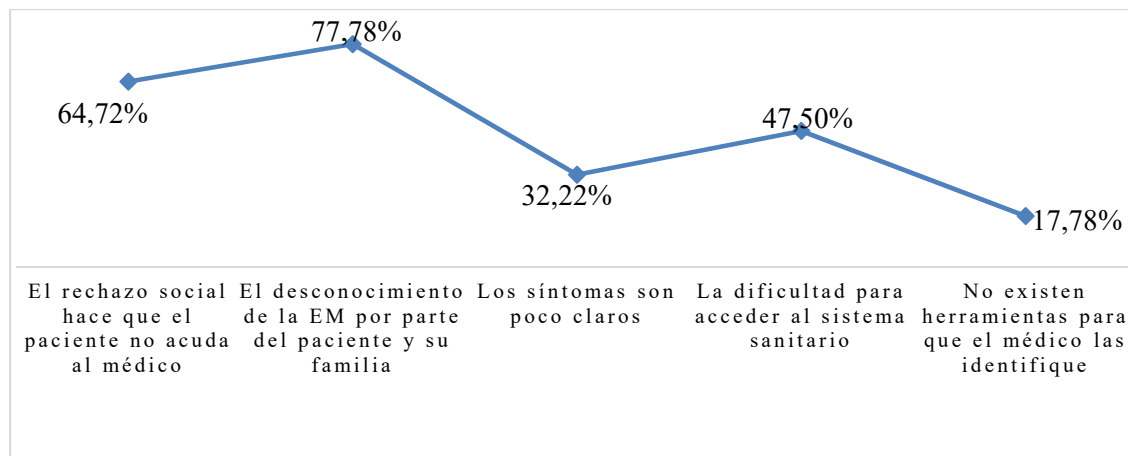
Distribución de las opiniones de las personas participantes acerca de la duración del tratamiento de la EM



Así mismo, con relación a las dificultades percibidas en el diagnóstico de una EM, las personas participantes del estudio piensan que la falta de un diagnóstico es debido principalmente al desconocimiento de la EM por parte del paciente y su familia, seguido por el rechazo social que influye para que el paciente no acuda al médico y la tercera dificultad más puntuada fue la dificultad para acceder al sistema sanitario (Figura 10).

Figura 26

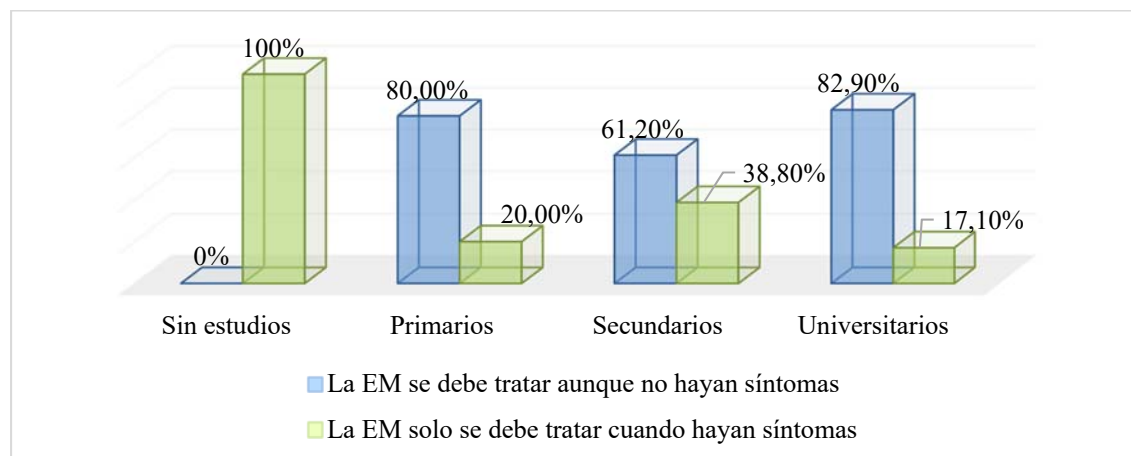
Dificultades percibidas por las personas participantes para diagnosticar la enfermedad mental



Respecto a la continuidad del tratamiento de una EM, los resultados muestran diferencias significativas según el nivel educativo de los participantes ($p = .003$). Aquellas personas con estudios primarios y universitarios creen que abandonar un tratamiento de una EM pueden llevar a efectos negativos, mientras que, aquellos con estudios secundarios, no comparten esta opinión (Figura 11).

Figura 27.

Relación del nivel de estudios y la opinión de que la enfermedad mental se debe tratar solo cuando haya síntomas



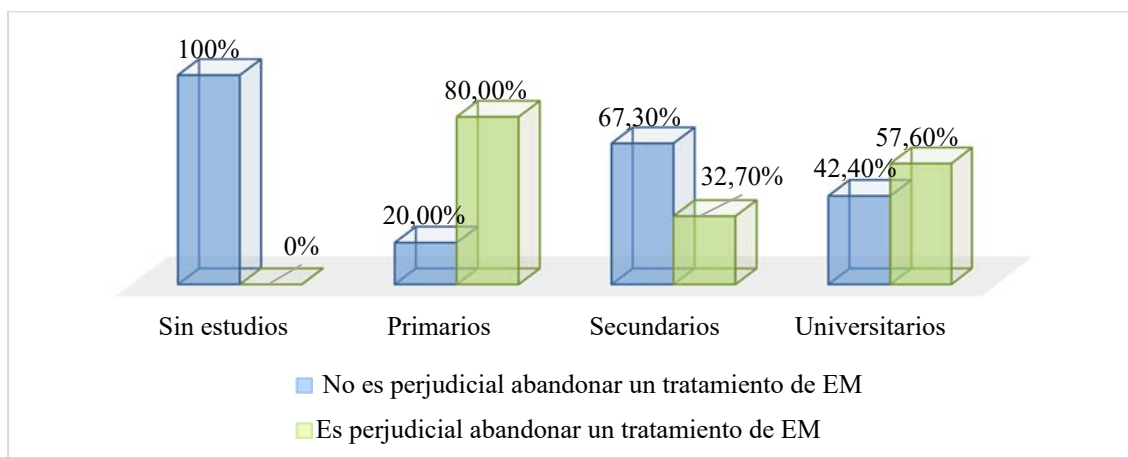
Los resultados del estudio evidencian una diferencia relevante en la percepción sobre la continuidad del tratamiento médico para la EM en relación con el nivel de educación ($p = 0.001$) de los participantes. Específicamente está en la variable “solo se debe tratar cuando hay síntomas”. La diferencia se encuentra en la opinión de las personas sin estudios, son más propensos a creer que la EM solo se debe tratar cuando hay síntomas presentes, en comparación con las opiniones de los individuos que tienen niveles educativos más altos.

En contraste con la opinión de las personas que tienen estudios primarios, las personas con nivel de educación secundarios (61.2%) y universitarios (82.9%) piensan que, aunque no haya síntomas las personas con EM deben tener un tratamiento.

Estos resultados muestran que algunos grupos están informados acerca de la importancia en la continuidad de un tratamiento para una enfermedad psicológica, a diferencia de otros grupos que minimizan el riesgo de abandonar dichos tratamientos. Esto evidencia una la necesidad de hacer campañas de educación pública para informar y concientizar a las personas acerca de las enfermedades mentales y sus tratamientos (Figura 12).

Figura 28.

Opiniones sobre la continuidad del tratamiento de la EM en Función del Nivel de Estudios de los Participantes



3.5.1.1 Conclusiones de la hipótesis 1.

3.5.1.1.1 El nivel educativo y el conocimiento sobre la enfermedad mental

Los resultados del estudio evidencian una clara relación entre el nivel educativo y un mejor conocimiento de la EM. Los resultados del estudio descriptivo y de cruces de variables evidencian que mayoría de los ciudadanos ecuatorianos con estudios universitarios perciben la

EM como cualquier otra, creen en la existencia de estas patologías, determinan la causa a factores biológicos, también creen que se debe tratar aunque no existan síntomas y creen que sería perjudicial abandonar el tratamiento. Sin embargo, las personas con un nivel de estudios inferior opinan que estas patologías son dolencias diferentes a las demás, la asocian con una discapacidad o incluso opinan que no existen. Estos resultados sugieren que el nivel de educación puede influir en la mejora del estigma hacia las personas con EM.

En el análisis del cruce de variables se encontró que las mujeres muestran una mayor comprensión de la EM, son las que menos la EM con una discapacidad a diferencia del género masculino que la percibe de manera más estigmatizante. En cuanto al origen de la EM son las que menos estigmatizan su origen, la mayoría piensa que no se originan por el consumo de drogas a diferencia de los participantes de sexo masculino.

3.5.1.1.2 Causas de la enfermedad mental

Las personas participantes de esta investigación atribuyen como origen de estas enfermedades principalmente a factores biológicos, ambientales y sociales (alteraciones neurológicas, traumas infantiles, herencia familiar y el consumo de drogas). Los resultados del estudio informan que las mujeres tienen una percepción menos prejuiciosa sobre la relación entre las EM y el consumo de drogas, en contraste, con los participantes del género masculino, que tienen una mayor tendencia a vincular las EM con el consumo de drogas.

3.5.1.1.3 Percepción sobre los tratamientos de la EM

Los resultados de la investigación señalan que la mayoría de las personas participantes considera que los tratamientos psicológicos son los más eficaces para la EM, seguidos de los tratamientos farmacológicos.

Otro hallazgo, muestran que existen participantes que piensan que la EM es incurable, lo que da lugar a una percepción estigmatizante de la enfermedad y de las personas que la padecen. Además, los ciudadanos ecuatorianos con estudios universitarios consideran que abandonar el tratamiento puede ser muy negativo, en contraste con las personas que tienen estudios secundarios.

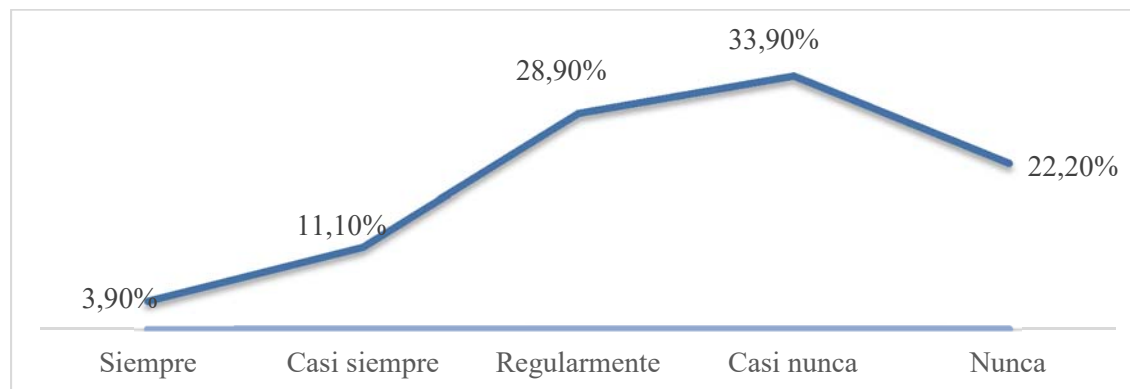
A continuación, se presentan los resultados de la Subhipótesis 1.1 el estigma social hacia las personas con EM puede dar lugar a prejuicios. Uno de los fines de este estudio es comprender cómo el estigma social genera prejuicios hacia las personas con EM, con el fin de desarrollar estrategias para combatirlo y mejorar la inclusión social de las personas que sufren estas enfermedades.

3.5.2 Subhipótesis 1.1 El estigma social puede generar prejuicios

El 43.9% ($n = 158$) de la muestra afirma tener dificultades para entablar un diálogo con personas con EM. Esto sugiere que el estigma puede ser un obstáculo constante en estas interacciones sociales, lo que puede llevar a la evitación de contacto con las personas que sufren estas dolencias, y a desarrollar posibles prejuicios, estereotipos o actitudes discriminatorias (Figura 13) debido a la falta de conocimiento de la EM.

Figura 29

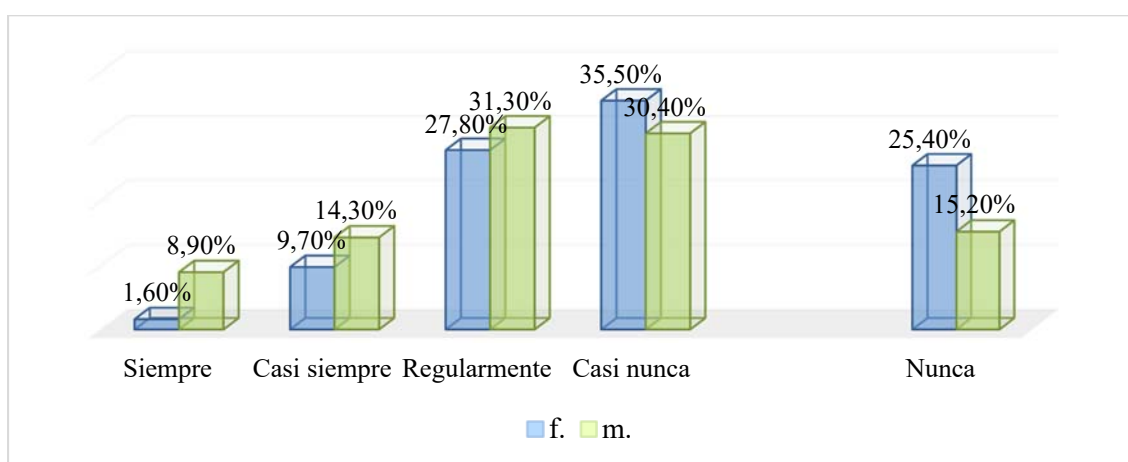
¿Me resultaría difícil hablar con alguien que tiene una enfermedad mental?



Además, en línea con lo expuesto, se confirma que existen relaciones significativas entre el género y la dificultad de entablar diálogo con personas con EM ($p = .002$), donde las mujeres tienden a reportar menos dificultades para entablar diálogo en comparación con los hombres (Figura 14).

Figura 30

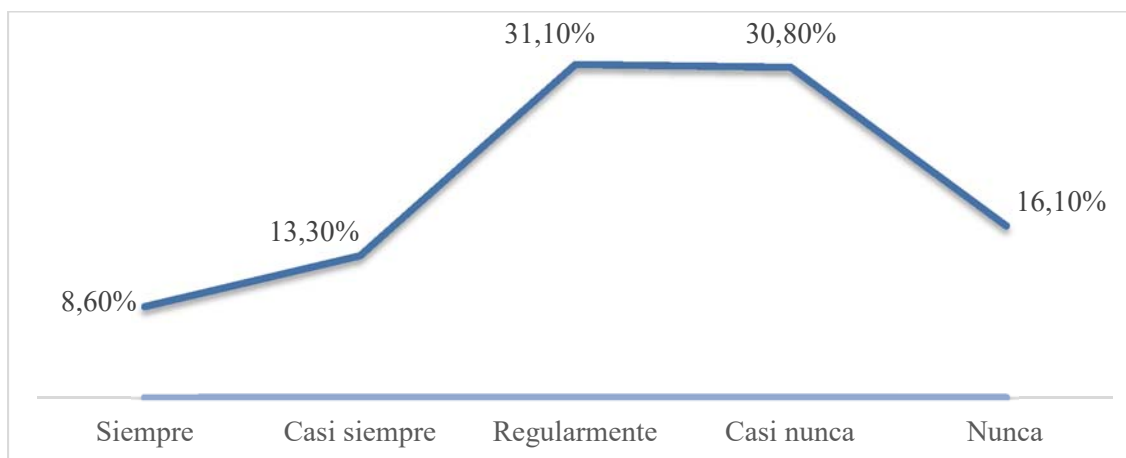
Dificultad para entablar diálogo con personas con enfermedad mental en función del género



En cuanto a las opiniones sobre si sería mejor para la sociedad que las personas con EM graves estuvieran internadas en un hospital psiquiátrico, los hallazgos indican que existe diversidad de opiniones. El 16.10% de las personas participantes no está de acuerdo con esta, mostrando una comprensión más empática, un rechazo a la exclusión social y menos estigma hacia estas personas. En contraste, casi un tercio de las personas encuestadas consideran que las personas con EM deberían ser ingresadas en un hospital psiquiátrico, lo que refleja el estigma asociado a la EM, ya que históricamente el internamiento en un hospital psiquiátrico ha estado asociado con el aislamiento y la marginación de quienes enfrentan problemas de salud mental. Estas mediciones sugieren posibles estereotipos relacionados con la peligrosidad y la duda sobre la capacidad de estas personas para vivir en un entorno comunitario (Figura 15).

Figura 31

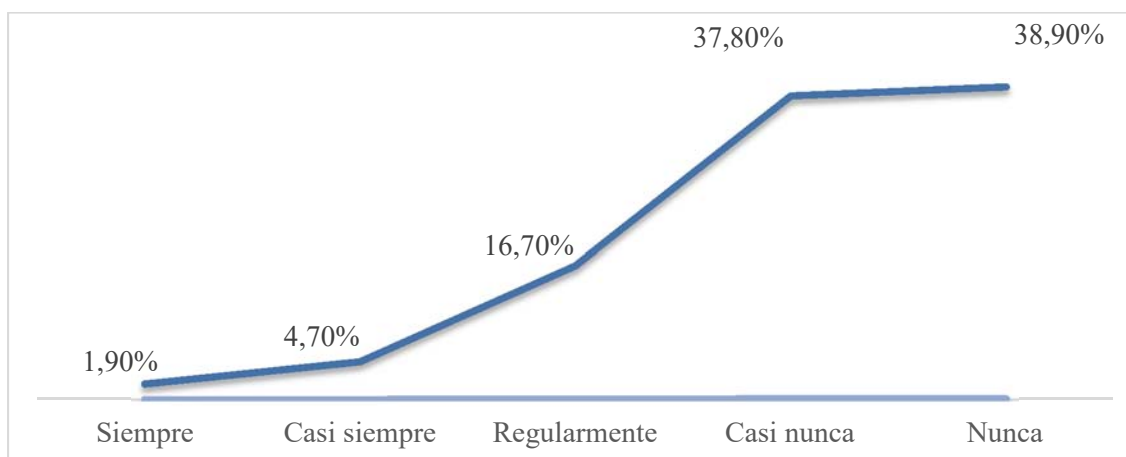
Sería mejor para la sociedad que las personas con EM Graves estuvieran internadas en un hospital psiquiátrico



En cuanto a la evitación de las personas con EM, se observa que la mayoría de las personas que intervienen en el estudio no evita a las personas con una EM. En este aspecto los datos revelan una actitud positiva, ya que la mayoría parece estar dispuesta a interactuar con estos individuos (Figura 16).

Figura 32.

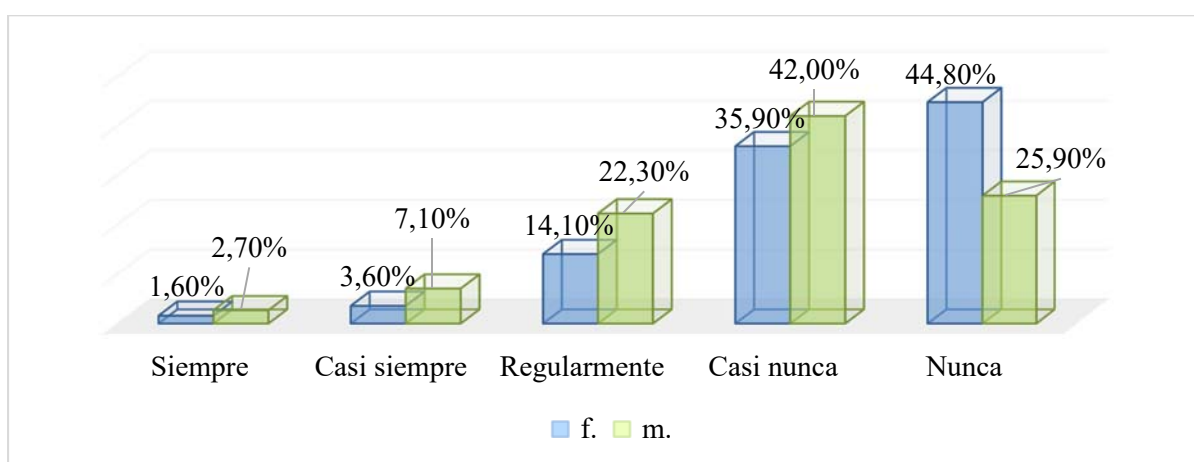
Es mejor evitar a las personas que tienen enfermedad mental



En consonancia con lo expuesto, se detectó relaciones significativas entre la variable evitación de las personas con EM y el género ($p = .009$). Los participantes del género masculino son más propensos a evitar a las personas con EM, mientras que la mayoría de las mujeres tienen una actitud más inclusiva hacia las personas con EM (Figura 17).

Figura 33.

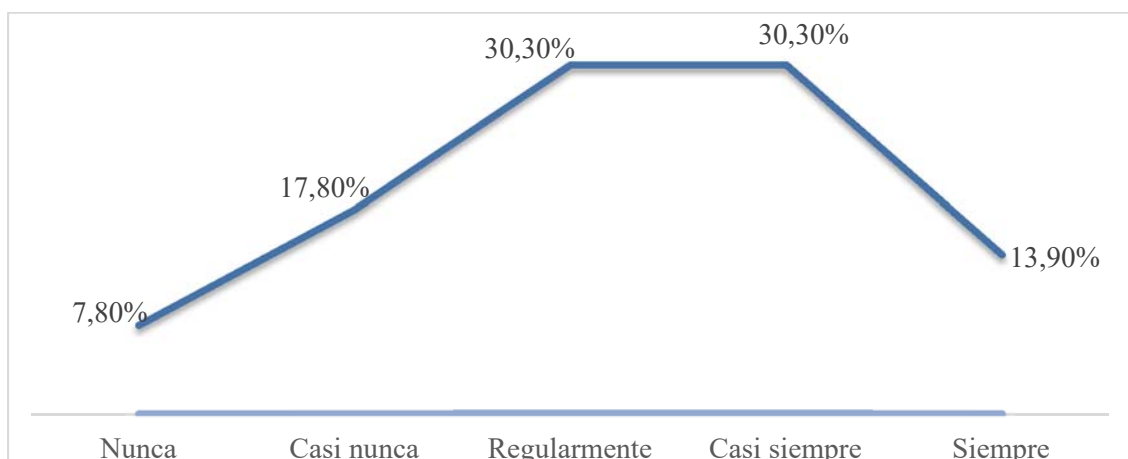
Género y evitación de las personas con EM



En relación con la opinión de si las personas con EM deberían educarse junto con las demás personas que no tienen estas enfermedades, la mayoría de los participantes del estudio apoya esta idea. Consideran que las personas con EM pueden ser educadas en las mismas instituciones que las personas sin estas enfermedades, lo que sugiere una actitud más inclusiva y menos estigmatizadora hacia las personas con EM. Sin embargo, algunos participantes piensan lo contrario, lo que indica la persistencia del estigma y la discriminación hacia la integración de las personas con EM en el sistema educativo (Figura 18).

Figura 34

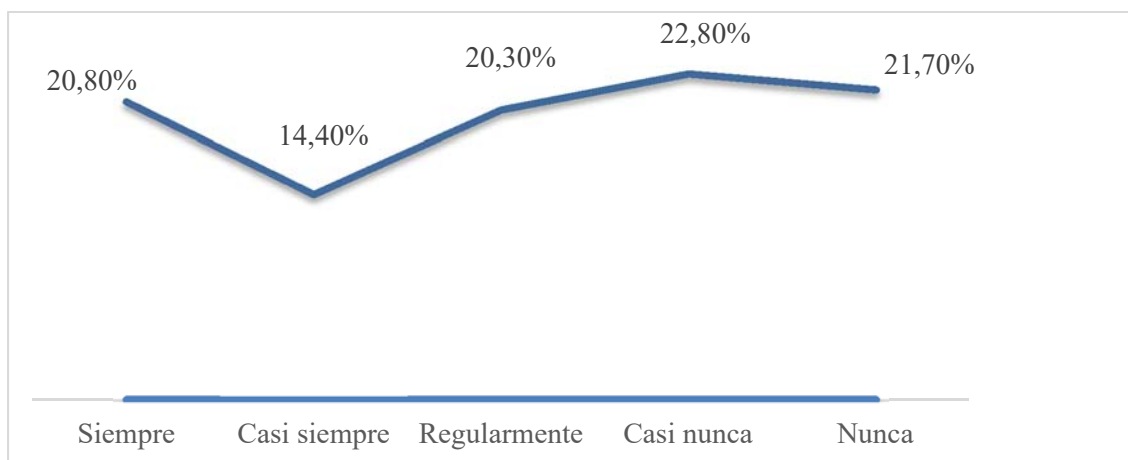
Las personas con enfermedad mental pueden educarse en las mismas instituciones junto con las demás personas que no tienen estas enfermedades



Referente a si las personas con EM serias se les debe prohibir tener descendencia, se observa una división de opiniones. Estos resultados reflejan un alto nivel de acuerdo con la prohibición, lo que muestra que los encuestados tienen una percepción estigmatizada sobre la capacidad parental de las personas con una EM, lo que refleja un estigma considerable (Figura 19).

Figura 35

A las personas con enfermedad mental serias se les debe prohibir tener descendencia



3.5.2.1 Conclusiones de la Subhipótesis 1.1

3.5.2.1.1 Diálogo con personas con EM

Los resultados revelan que el estigma hacia las personas con EM, es una barrera relevante en las interacciones sociales. La mayoría de los participantes manifiestan tener dificultades para

entablar diálogo con personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico, lo que podría dar lugar a actitudes de evitación, prejuicios y estigma, generalmente vinculados a la falta de conocimiento sobre las personas con estas enfermedades. Un tercio de las personas participantes enfrenta dificultades en el diálogo con personas con EM, mientras que una minoría evita sistemáticamente interactuar con ellas.

En los resultados del cruce de variables, se observan ciertas diferencias significativas en cuanto al género, las mujeres tienden a reportar menos dificultades para dialogar y muestran actitudes más inclusivas en comparación con los participantes del sexo masculino. Esto indica, que el género podía influir en la percepción y el trato hacia las personas con EM, es especial lo referente a la evitación y a la disposición de diálogo.

3.5.2.1.2 Evitación social hacia individuos con enfermedades psiquiátricas

Sin embargo, los participantes de la muestra en su mayoría no evitan activamente a las personas con EM, lo que indica la presencia de actitudes positivas y una mayor disposición a tener contacto social en ciertos ámbitos.

En el análisis del cruce de variables, indican que las mujeres son las que menos evitan tener contacto con personas con EM, a diferencia de los participantes del sexo masculino.

3.5.2.1.3 Percepciones sobre el internamiento psiquiátrico

Los datos evidencian una ambivalencia respecto al internamiento de las personas con trastornos psicológicos, mientras una parte de los participantes rechaza la exclusión social y apoya la integración social, otra parte considerable de la muestra está de acuerdo con el internamiento hospitalario, lo que evidencia la perpetuación de los estereotipos vinculados a la peligrosidad y la violencia de las personas con EM.

3.5.2.1.4 Derecho a la paternidad

Los resultados señalan opiniones divididas, la mayoría está de acuerdo en que se debe prohibir a las personas con EM tener hijos, lo que demuestra la presencia de una percepción estigmatizante sobre el derecho de la paternidad de estas personas, destacando la necesidad de intervenciones educativas que ayuden a desmitificar este prejuicio.

3.5.2.1.5 Educación inclusiva

En el contexto educativo, se observa que la mayoría de la muestra está de acuerdo con la inclusión de las personas con EM al sistema educativo general, lo que representa una actitud menos estigmatizadora y más favorable a la integración social. No obstante, existen opiniones contrarias, lo que indica que las actitudes discriminatorias aún no han sido completamente superadas.

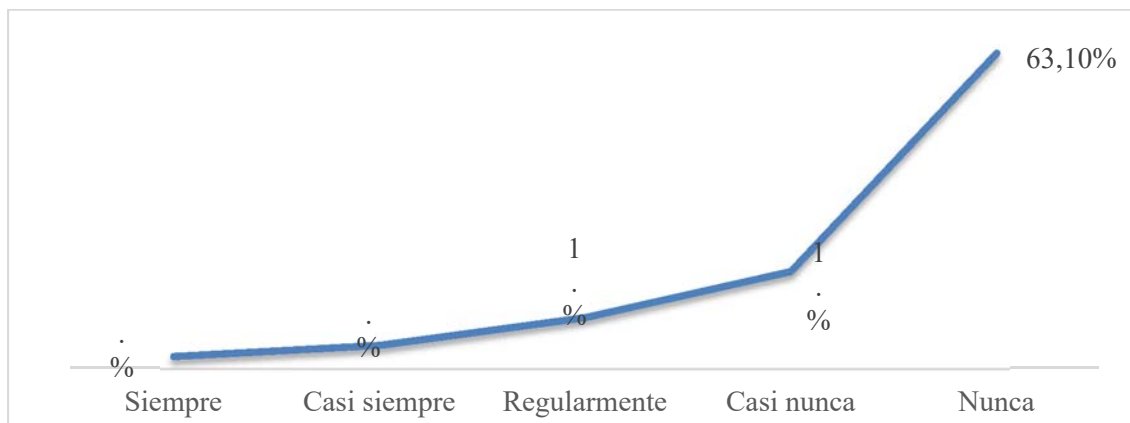
Seguidamente, se presentan los resultados de la sub-hipótesis 1.2 “El estigma social hacia las personas con EM pueden motivar una imagen estereotipada de las personas con EM”. Este análisis tiene como objetivo mostrar cómo el estigma social podría influir en la formación de imágenes estereotipadas y la perpetuación de los estereotipos de las personas que sufren una EM.

3.5.3 Subhipótesis 1.2: Los estereotipos vinculados a las personas con enfermedad mental

En lo que concierne a la creencia de que las personas con EM son genéticamente inferiores, contrariamente a la tendencia de la presencia de estigma general observada, los resultados muestran una percepción menos estigmatizante, la mayoría de los participantes rechazaron esta idea (Figura 20). Este resultado en cuanto a la creencia de la inferioridad genética de las personas con EM podría indicar un avance en la comprensión pública en este aspecto en particular.

Figura 36

Las personas con EM son genéticamente inferiores a otras personas

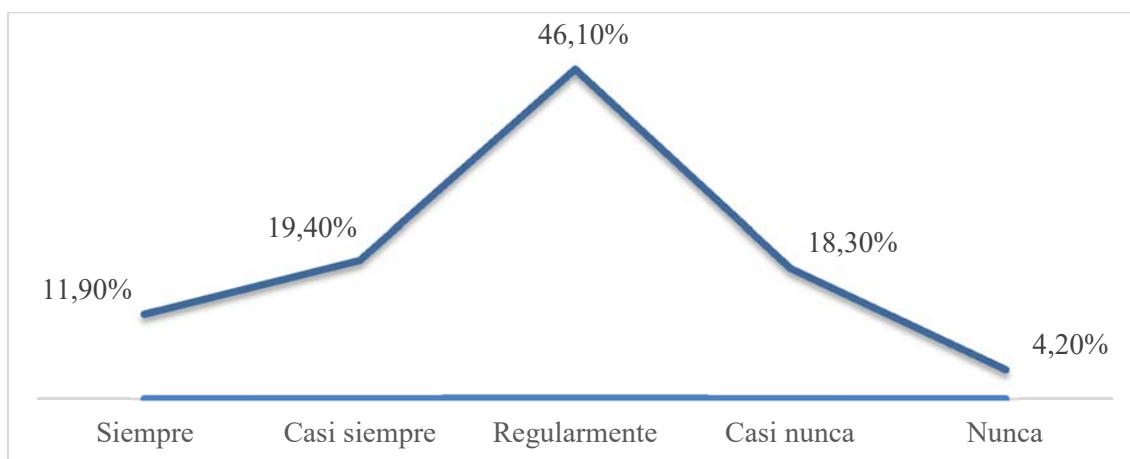


En lo referente a la idea de que las personas con EM son impredecibles, la mayoría de las personas participantes tienen una imagen estereotipada sobre la imprevisibilidad del comportamiento de las personas con EM.

Los altos niveles de acuerdo con esta afirmación reflejan la presencia de estigma y falta de información sobre el hecho de que el comportamiento impredecible no es una característica inherente a todas las personas con estas patologías. Sin embargo, una minoría de participantes expresa desacuerdo con esta visión estereotipada, lo que refleja una percepción más comprensiva y libre de estigma (Figura 21).

Figura 37

El comportamiento de las personas con EM es impredecibile

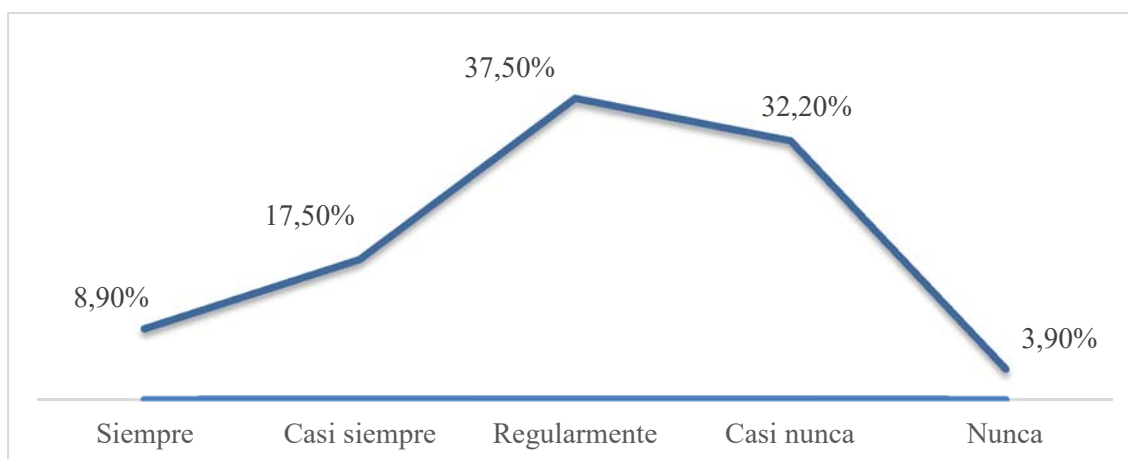


Las percepciones estigmatizantes también se reflejan en la creencia de la peligrosidad de las personas con EM. Los resultados sugieren que una mayoría las personas encuestadas consideran que estas personas son peligrosas en algún grado, perpetuando una imagen estereotipada que contribuye al estigma. Este nivel de consenso entre las personas participantes refuerza actitudes excluyentes hacia quienes padecen EM (Figura 24).

En cuanto a si las personas con EM graves son peligrosas, las opiniones siguen una tendencia similar, pues la mayoría de las personas encuestadas percibe que representan un riesgo, reafirmando el estigma hacia estas personas, mediante el estereotipo de peligrosidad. En contraste existe una minoría que rechaza esta idea acerca de la peligrosidad de las personas con EM, lo que indica una percepción más positiva y menos estigmatizada de estas personas (Figura 22).

Figura 38

Las personas con EM graves son peligrosas



En cuanto a la creencia de que la EM está relacionada con factores sociales negativos como la violencia, la mendicidad, la delincuencia, las personas sin hogar, la drogadicción, se detectó que una mayoría significativa de las personas participantes en la investigación tienen percepciones estigmatizantes, especialmente lo relacionado con la violencia y la drogadicción. Estos hallazgos

resultan preocupantes, ya que estas creencias perpetúan el estigma y pueden fomentar la discriminación, el miedo hacia las personas con una EM y su exclusión social.

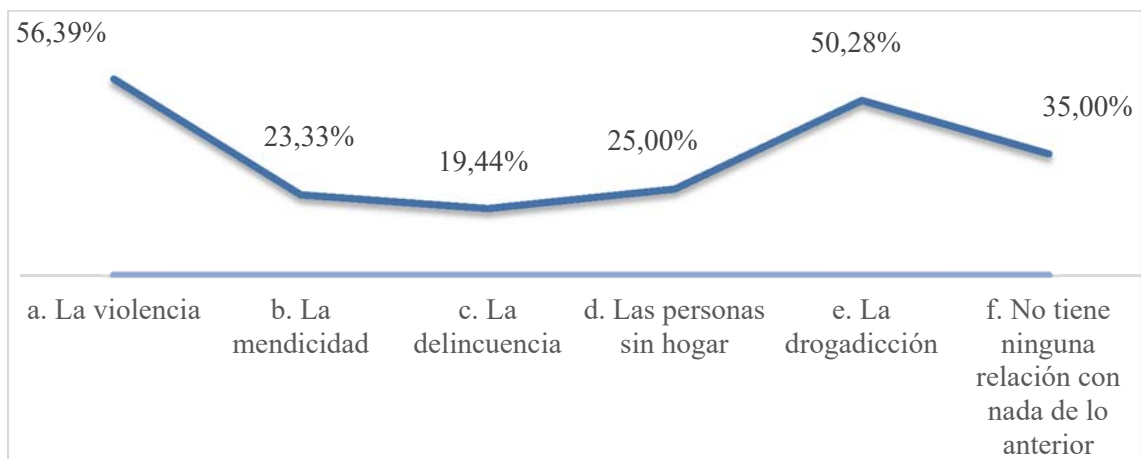
Además, una minoría de participantes relacionó la EM con la mendicidad, las personas sin hogar, lo que puede ser una concepción de que las personas que sufren estas dolencias además de la enfermedad enfrentan desafíos socioeconómicos significativos. Al mismo tiempo, esta creencia puede reforzar estereotipos negativos.

En cuanto a percepción de la muestra con la delincuencia, un menor porcentaje de los encuestados asocia la EM con comportamientos criminales, lo cual refuerza el estigma y un estereotipo negativo hacia esta población. Abordar estas percepciones negativas por medio de la educación y sensibilización es crucial en la lucha contra el estigma hacia las personas con una EM.

A diferencia de estas creencias, se detectó un grupo minoritario que rechaza esta creencia de asociar las personas con EM con la violencia, la mendicidad, la delincuencia, la falta de hogar o la drogadicción. Resultado que refleja una percepción menos estigmatizante de las personas que tienen una EM (Figura 23).

Figura 39

Relación de la EM con la violencia, la mendicidad, la delincuencia, las personas sin hogar, la drogadicción y la opinión de las personas diagnosticadas con estas dolencias

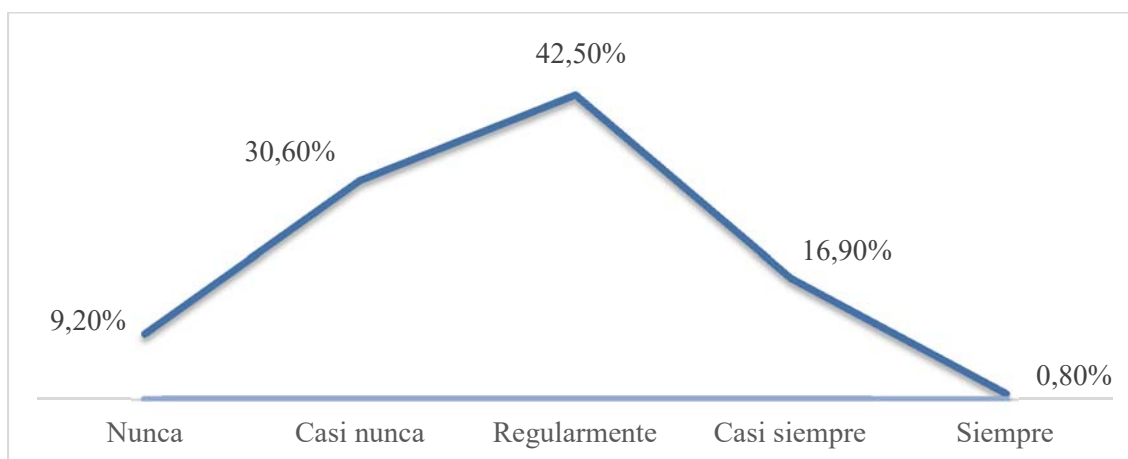


En lo referente a la creencia de que las personas con EM pueden cuidar de sí mismas, la mayoría de las personas encuestadas opinan que tienen la capacidad de hacerlo en cierta medida. Este resultado refleja una percepción de que estos individuos tienen una capacidad intermitente para el autocuidado, lo cual está asociado a la creencia de la patología como una enfermedad fluctuante.

En contraste con estos resultados, existe un considerable porcentaje de la muestra que piensa que las personas con EM no pueden cuidar de sí misma, lo que indica que este grupo tiene una percepción estereotipada de estas personas. Concepciones que podrían ser producto de la falta de información, lo que refuerza el estigma y puede influir en el trato hacia estas personas, originando una limitación de oportunidades en otros campos como la educación y el laboral (Figura 24).

Figura 40

Las personas con enfermedad mental pueden cuidar de sí mismas



3.5.3.1 Conclusiones de la subhipótesis 1.2

Los resultados obtenidos conforman la presencia de estereotipos significativos hacia las personas con EM, lo que respalda la subhipótesis 1.2, que el estigma puede motivar una imagen

estereotipada hacia esta parte de la población.

3.5.3.1.1 Inferioridad genética

Se evidencia una mejora en la percepción sobre la inferioridad genética de las personas con EM, lo que es un avance positivo en cuanto a la comprensión pública de este aspecto, superando uno de los estigmas biologicista prevalecientes. Los análisis estadísticos evidencian que la mayoría de los participantes no creen que las personas con EM tengan una inferioridad genética,

3.5.3.1.2 Conductas impredecibles

Sin embargo, la mayoría de los participantes perciben a las personas con EM como imprevisibles, lo que evidencia este estereotipo extendido y una comprensión limitada sobre estas condiciones. La percepción de imprevisibilidad puede originar actitudes de miedo, evitación, rechazo o exclusión.

3.5.3.1.3 Peligrosidad percibida

Se mantiene el estereotipo de que quienes tienen EM son percibidos como peligrosos, especialmente las enfermedades mentales consideradas graves. Estas creencias refuerzan un estereotipo dañino que origina el temor social y la justificación de prácticas discriminatorias como el internamiento psiquiátrico y la exclusión social en los ámbitos de las relaciones personales, el trabajo, el alquiler de viviendas y el acceso a los servicios de salud.

3.5.3.1.4 Autonomía percibida

Así mismo, la mayoría de los encuestados percibe que las personas con EM pueden tener autonomía, reconociendo su capacidad de poder gestionar sus propias decisiones y su vida. No obstante, existe un grupo que piensan que son incapaces de cuidarse a sí mismo, contribuyendo al estigma paternalista, en el que se duda de la capacidad de gestión de estas personas.

3.5.3.1.5 Asociación con condiciones sociales marginales

Con relación a la vinculación de la EM con factores sociales negativos como la violencia, la drogadicción, la mendicidad, la delincuencia y la situación de calle, los resultados son preocupantes, al establecer estos vínculos la mayoría de los participantes, especialmente con la violencia y la drogadicción.

Estos resultados evidencian un nivel de desinformación y generalización que impactan directamente en la imagen social que tienen las personas con EM, lo que da lugar a que exista estigma fomentando el rechazo y la exclusión social.

En conclusión, la mayoría de los encuestados sigue vinculando la EM con estereotipos negativos que perpetúan el estigma y pueden tener consecuencias en la forma en que estas personas son tratadas en la sociedad.

La existencia de estos estereotipos refuerza la necesidad de programas educativos y de sensibilización que promuevan una visión más equilibrada y realista sobre la EM, abordando tanto la capacidad de autocuidado como la desvinculación de la EM con factores como la delincuencia o la violencia.

En la siguiente sección, se presentan los resultados de la Subhipótesis 1.3, que analizan la relación entre el estigma social hacia las personas con EM y su impacto en su exclusión social. En este apartado se busca profundizar en la comprensión de cómo el estigma puede limitar las oportunidades en diferentes ámbitos como las relaciones personales, laborales, el acceso a la vivienda y la autonomía de las personas con EM en cuanto a sus tratamientos médicos.

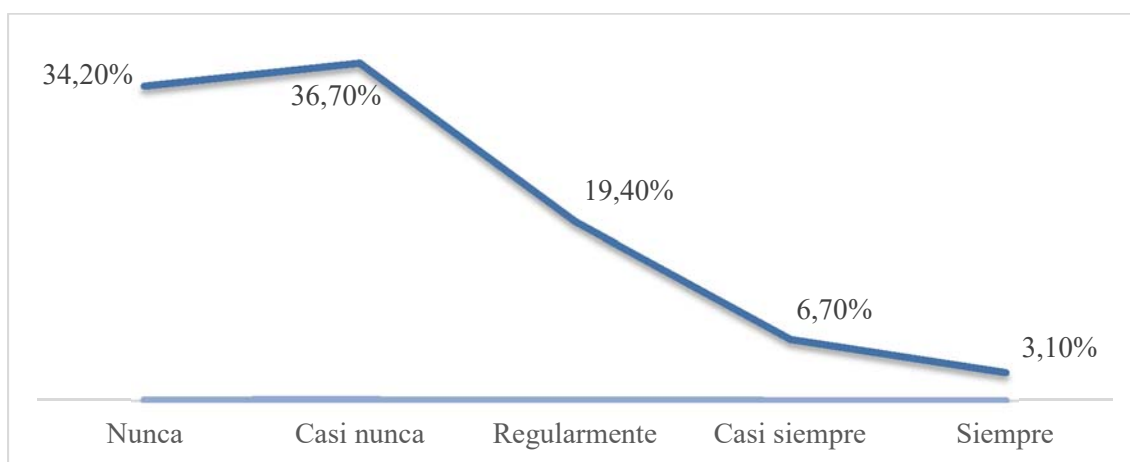
3.5.4. Subhipótesis 1.3: Discriminación y exclusión social

En lo referente a las opiniones sobre mantener relaciones románticas con personas que tienen una EM, la mayoría de las personas que participan en el estudio manifiestan actitudes

negativas, lo que sugiere la presencia de discriminación y una falta de aceptación hacia las personas con EM. Una minoría de participantes no descarta totalmente esta posibilidad, reflejando actitudes más inclusivas y menos discriminatorias (Figura 25).

Figura 41

Opiniones acerca de tener relaciones románticas con personas que tienen EM

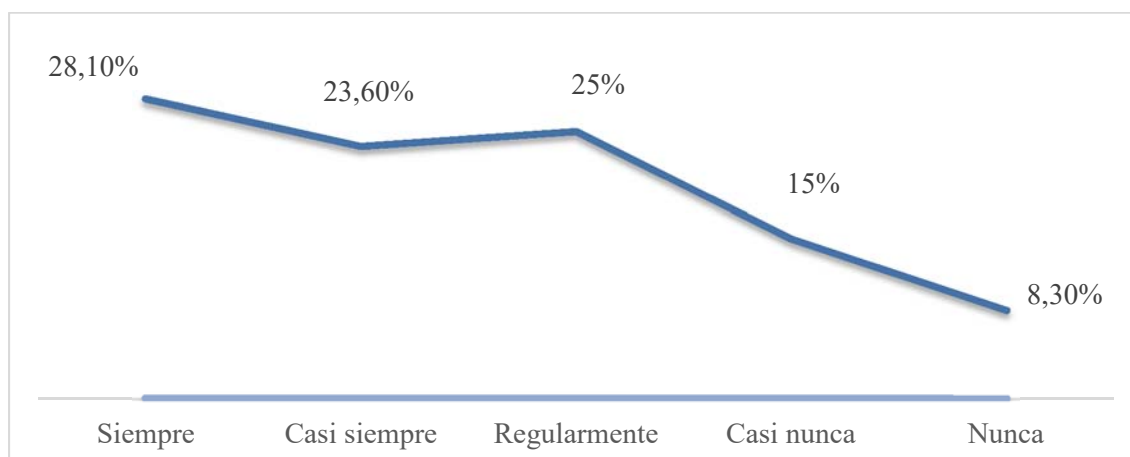


De manera similar, los hallazgos obtenidos informan que la mayoría de las personas participantes de este están a favor de que las personas con EM deben ser obligadas a un tratamiento médico, incluso si no desean hacerlo.

Estas ideas de coerción podrían conllevar estigma, al considerar que las personas con EM no tienen la capacidad de cuidar de sí mismas o de tomar determinaciones sobre su propia salud y bienestar, lo que reforzaría las actitudes discriminatorias (Figura 26).

Figura 42

Opiniones acerca de si las personas con EM deben ser obligadas a un tratamiento médico o psicológico, aunque no quieran.



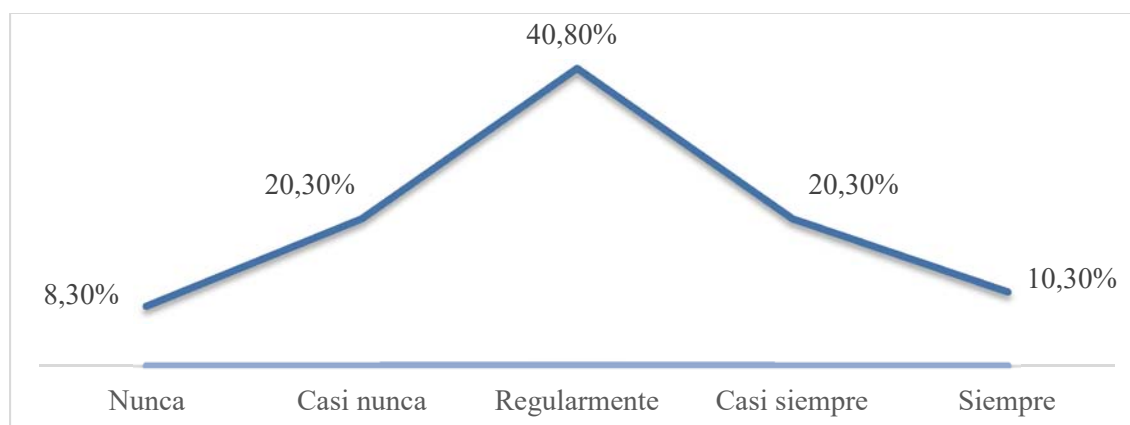
En lo concerniente a la contratación laboral de las personas con una EM, la mayoría de las personas participantes del estudio estarían dispuestas a contratarlas. Esta disposición hacia la inclusión laboral es un indicador positivo que contribuye a reducir el estigma asociado con la EM.

No obstante, estos resultados, existe una minoría de los encuestados que no estarían dispuestos a contratar una persona con EM, lo que refleja actitudes discriminatorias.

Estas podrían estar basadas en estereotipos sobre la incapacidad de estas personas para desempeñar labores de manera eficiente o la percepción de que las personas con EM la son inestables emocionalmente o peligrosas (Figura 27)

Figura 43

La contratación laboral de las Personas con EM



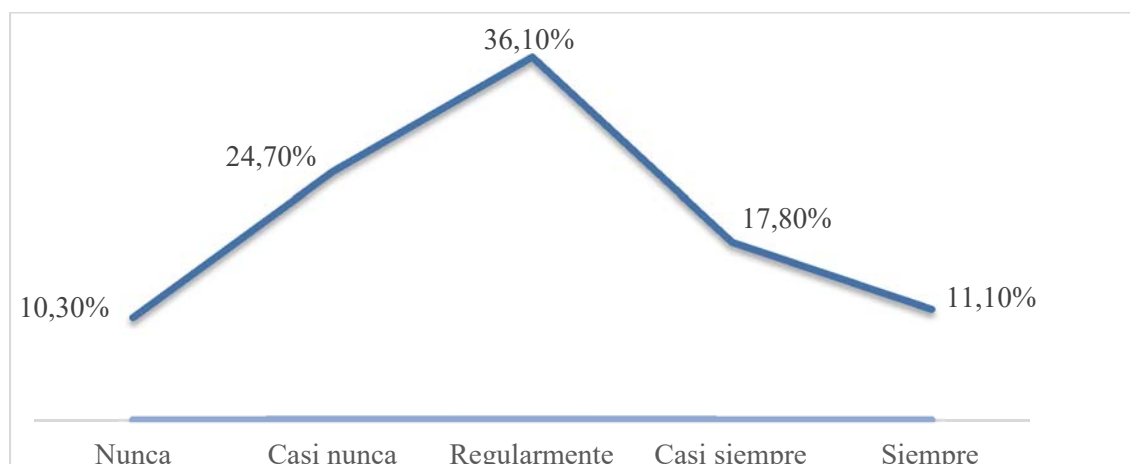
En línea con las actitudes hacia la inclusión de las personas con EM en diferentes ámbitos de la vida social, también se exploraron las opiniones sobre la posibilidad de ser un arrendatario de una persona con EM. La mayoría de las personas encuestadas considerarían esta opción, lo que sugiere que tienen una actitud más inclusiva con las personas que sufren estas enfermedades.

Contrariamente a estas opiniones, un tercio de las personas participantes no estaría dispuesto a alquilar un departamento a una persona con EM.

Estas cifras reflejan estigma, que pueden llevar a la discriminación y exclusión en el acceso a una vivienda, un derecho fundamental que todas las personas deben tener. Estas creencias también pueden estar basadas en estereotipos erróneos que asocian a las personas con EM con la violencia, la inestabilidad emocional y la incapacidad de asumir responsabilidades financieras (Figura 28).

Figura 44

Si fuera un arrendatario, alquilaría un departamento a una persona con enfermedad mental



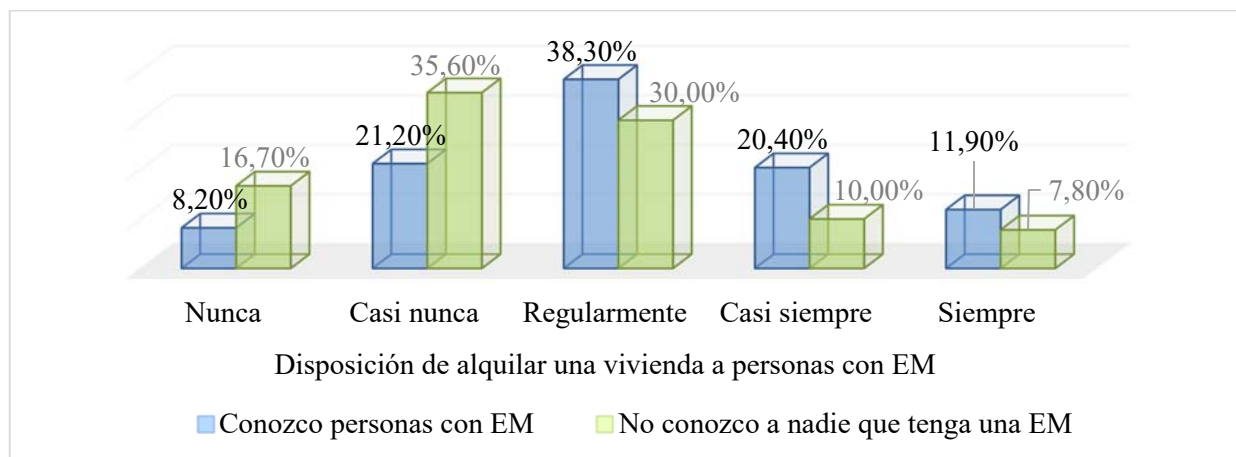
De igual manera, con relación al arrendamiento de vivienda para las personas con una EM se detectó que existen diferencias significativas ($p = .002$) con las opiniones de las personas que conocen a una persona con EM y las que no. Las personas que conocen a alguien con una EM

estarían más dispuestas a hacerlo (32.30%) a diferencia de aquellas que no conocen a nadie con una EM (17.80%).

En resumen, los resultados revelan que existe una mayor disposición a alquilar viviendas a personas con EM entre aquellas personas que han tenido contacto con estas personas, a diferencia de la mayor reticencia que se observa en las respuestas de las personas que no han tenido contacto con estas personas. Esto resalta la importancia de fomentar el contacto directo con personas con EM a través de programas de educación y sensibilización en estos temas (Figura 29).

Figura 45

Relación de las personas que no conocen a nadie que tenga una EM y la disposición de alquilar viviendas a personas con EM.

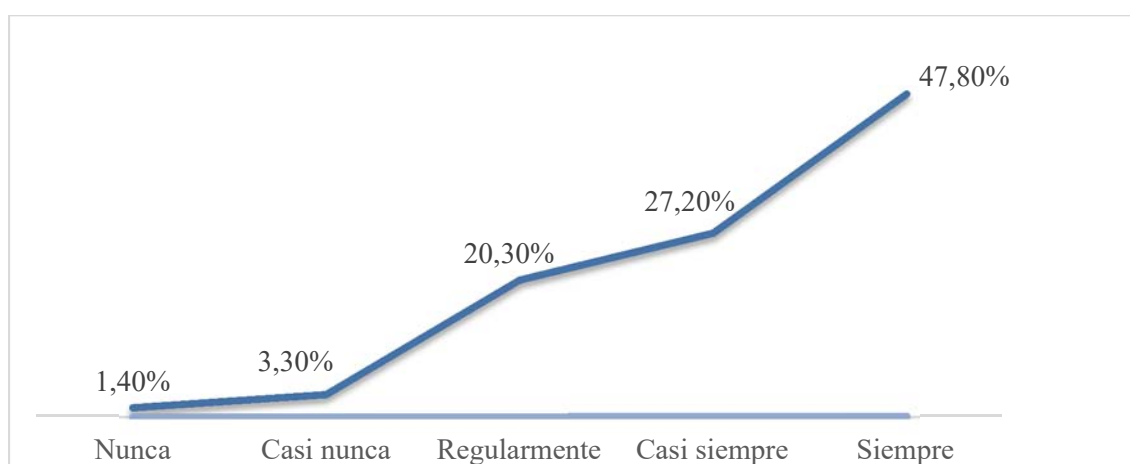


Finalmente, en lo referente a si las personas participantes estarían dispuestas a prestar ayuda a una persona que tiene una EM. La mayoría estaría dispuesto a prestar ayuda, lo cual denota una actitud de menos discriminatoria, mayor empatía e inclusión en las relaciones interpersonales y sociales hacia las personas que sufren estas enfermedades, en comparación con aquellas que no estarían dispuestos a prestar ayuda y ser amigos de una persona con EM.

Estas percepciones podrían estar influenciadas por estereotipos negativos como la violencia o inestabilidad emocional, falta de comprensión o información sobre estas condiciones de salud. Tales percepciones contribuyen al estigma, lo que puede resultar en la exclusión y la discriminación (Figura 30).

Figura 46.

Disposición a prestar ayuda a una persona con EM

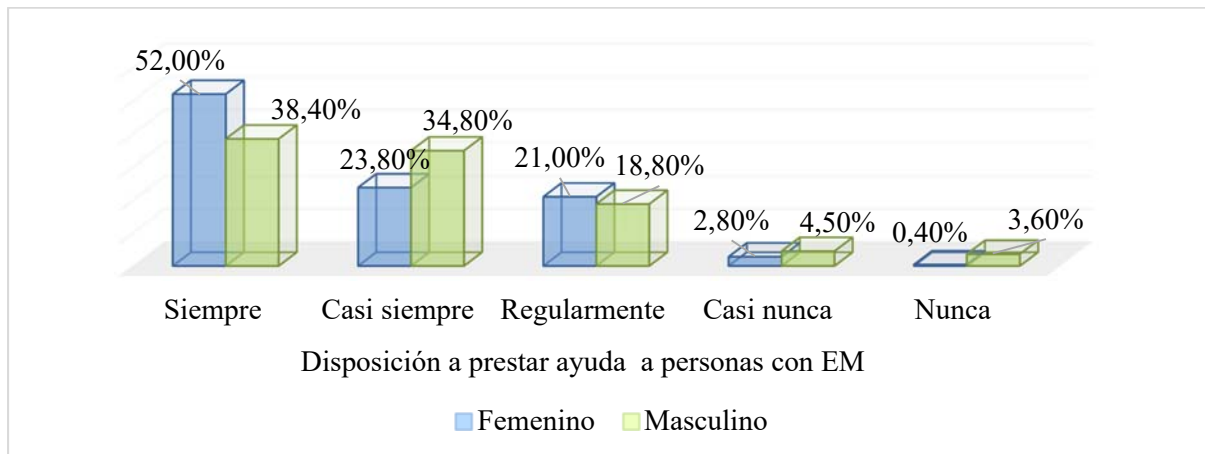


En la misma línea acerca de prestar ayuda a las personas con EM, en los resultados de cruces de variables se observa una relación significativa ($p = .012$) con la variable género.

Los hallazgos de la investigación evidencian que todas las personas tienen una disposición de prestar ayuda a las personas con EM. El grupo que más tiene esta disponibilidad son las personas del género femenino, lo que podría ser un factor positivo de avance en la lucha contra los prejuicios acerca de la EM (Figura 31).

Figura 47.

Relación entre el género y la disposición a prestar ayuda



3.5.4.1 Conclusiones de la Subhipótesis 1.3

Los resultados confirman la hipótesis 1.3 el estigma social hacia las personas con EM puede conducir a su exclusión social en varios aspectos de la vida diaria. De acuerdo a los resultados descriptivos y de cruce de variables, se evidencian actitudes discriminatorias y de exclusión hacia las personas con EM, a la vez, también se observan actitudes inclusivas en algunos aspectos de los factores analizados.

3.5.4.1.1 Relaciones sentimentales

De acuerdo a los resultados, se observa que una mayoría significativa de los participantes no está dispuesto a tener relaciones afectivas con personas que sufren EM. La mayoría expresó respuestas negativas ante esa posibilidad, lo que evidencia actitudes discriminatorias en el ámbito íntimo y afectivo.

3.5.4.1.2 Tratamientos médicos obligatorios

Así mismo, la mayoría de los participantes estuvo de acuerdo con la imposición de tratamientos psiquiátricos incluso en contra de la voluntad de las personas afectadas con estas patologías. Esta tendencia coercitiva sugiere la persistencia de estereotipos que asume que estos individuos carecen de autonomía o capacidad para tomar decisiones sobre su salud.

3.5.4.1.3 Contratación laboral

Respecto a la integración laboral, se evidencian resultados positivos, la mayoría de las personas tendrían una disposición a contratar a personas con EM, lo que indica un avance hacia la integración social. No obstante, también existen opiniones que reflejan prejuicios en cuanto al ámbito laboral, lo que podría estar vinculado a los estereotipos de peligrosidad o ideas sobre la ineficacia laboral.

3.5.4.1.4 Alquiler de viviendas

Con relación al alquiler de viviendas, la mayoría expresa disposición a alquilar a personas con estas dolencias. No obstante un tercio de los participantes, expresó su desacuerdo. Lo que indica que existe una discriminación estructural en cuanto al acceso a recursos básicos como la vivienda, lo que podría basarse en percepciones erróneas sobre la inestabilidad o irresponsabilidad financiera de quienes padecen estas patologías.

3.5.4.1.5 Relaciones de amistad

Un resultado alentador indicó que los participantes estarían dispuestos a entablar relaciones de amistad y prestar ayuda a las personas con diagnóstico psiquiátrico, lo que refleja una tendencia hacia la empatía y la solidaridad. En los análisis de cruces de variables, se observó una diferencia significativa según el género: las mujeres mostraron una mayor disposición a establecer relaciones de amistad con personas con EM, en comparación con los participantes de sexo masculino.

En coherencia con los objetivos del estudio, a continuación se presentan los resultados del análisis de cruce de variables acerca de la influencia del contacto social con personas con EM y el estigma.

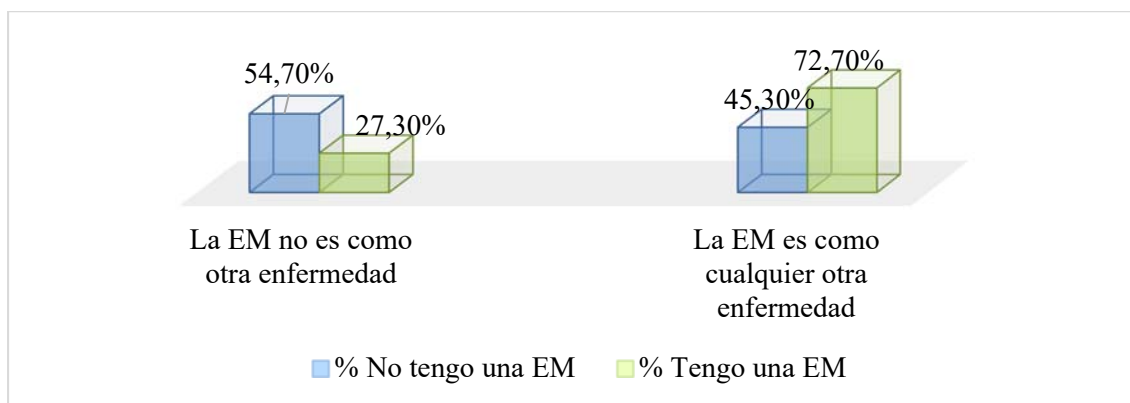
3.5.5 Hipótesis 2. La relación personal con individuos con enfermedad mental influye en la percepción social

Relaciones significativas acerca del conocimiento de la EM

Las personas que tienen una EM tienden a considerarla como cualquier otra enfermedad ($p = .001$). En contraste, la mayoría de las personas que no tienen una EM opinan que no es como cualquier otra enfermedad (Figura 32).

Figura 48

Percepción de las personas con/sin EM que perciben esta patología como cualquier otra.



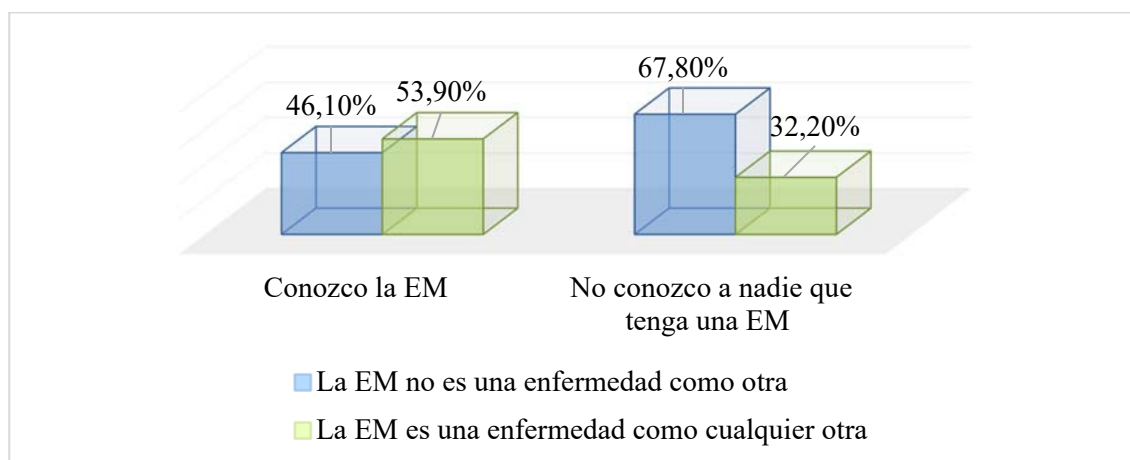
En la misma línea, los datos muestran cómo la experiencia personal en el contacto o no con personas con EM puede influir en la percepción de la EM ($p = .001$). El 53.9% de las personas que conocen a alguien con EM opinan que es como cualquier otra enfermedad, en comparación con el 32.2% de los participantes que no han tenido este contacto.

Por el contrario, el 67.80% de los participantes que no conocen a nadie con una EM, perciben que la EM no es como las otras patologías, a diferencia del 46.19% del grupo que ha tenido contacto con la enfermedad. Estos datos sugieren que el contacto personal con personas con

EM, podría influir positivamente en la normalización de la enfermedad y en la reducción de su estigma (Figura 33).

Figura 49.

Relación entre las personas que no conocen a nadie que tenga una EM y las que sí y la creencia de que la EM es como otra enfermedad



Así mismo, los resultados muestran una diferencia significativa ($p = .001$) entre la concepción de la EM como cualquier otra y la variable “conozco la EM por mi trabajo”. Las personas que conocen la EM por trabajo (64%) la considera como cualquier otra enfermedad, en comparación con las personas que no han tenido contacto con la EM (43.50%).

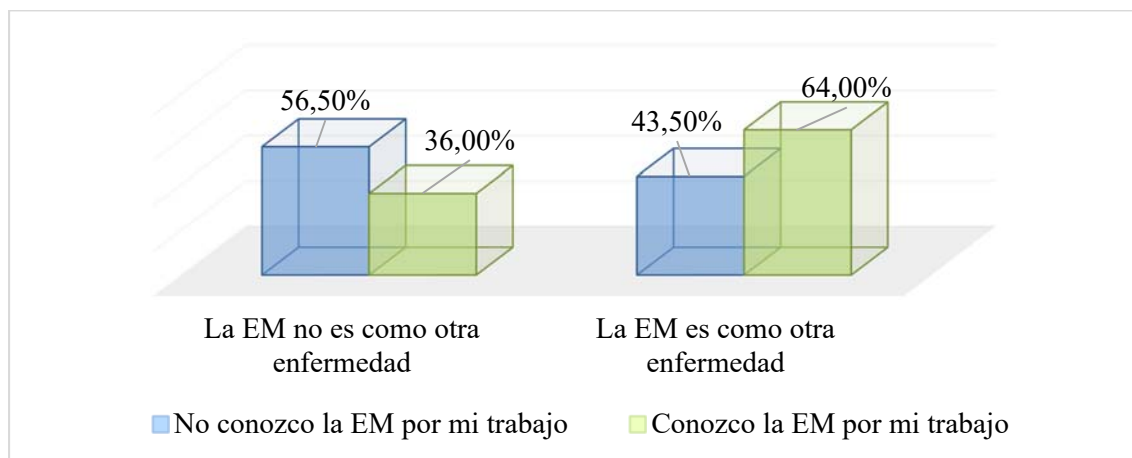
Entre los grupos que no la consideran como las otras dolencias, el 56,50% pertenece al grupo de los que no han tenido contacto con la EM y el 36% corresponde a las personas que conocen la EM por trabajo.

Los resultados evidencian que el contacto con la EM influye significativamente en la percepción de su naturaleza. Los que conocen la EM por trabajo tienen una concepción más

normalizada de estas enfermedades, en contraste con los que no han tenido experiencias en el contacto con personas con EM (Figura 34).

Figura 50.

Relación entre la opinión de que la EM no es como las otras enfermedades y las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no.



Referente a la identificación de la EM como discapacidad intelectual ($p = 0.008$), se encontraron diferencias significativas entre las opiniones de las personas con y sin una enfermedad mental. El 72.50% de las personas sin una enfermedad mental opinan que la EM no es una discapacidad intelectual, mientras que el 27.50% de personas de este grupo piensan que sí lo es.

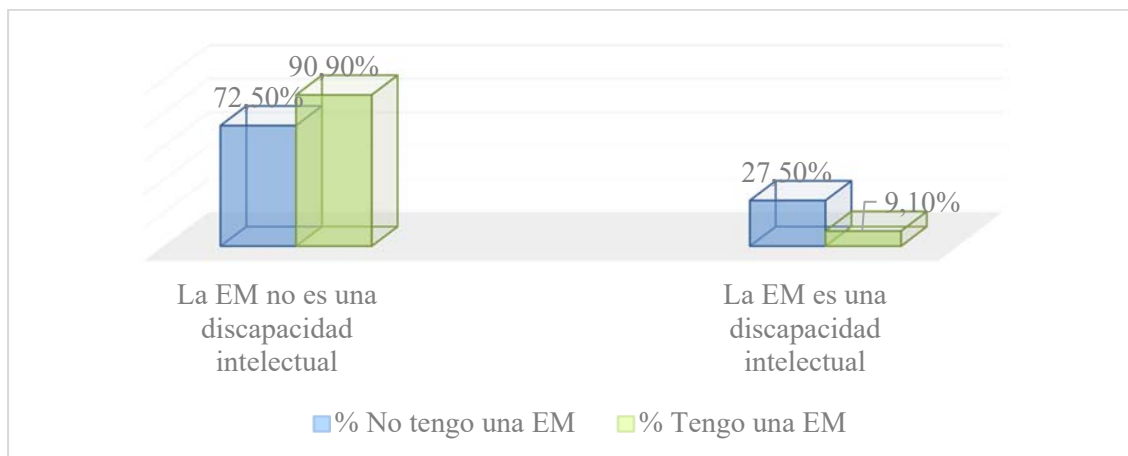
Por otro lado, en el grupo de personas que sufren de alguna enfermedad mental el 90.90% consideran que la EM no es una discapacidad intelectual, mientras que solo el 9.10% de este grupo si la consideran como tal.

Estos resultados muestran que las personas con EM distinguen con mayor claridad lo que es una EM y una discapacidad intelectual. Por el contrario, en el grupo de las personas sin EM existe una mayor confusión en comprensión de ambos conceptos. Lo que sugiere una necesidad

de campañas educativas para aclarar estas diferencias, lo que podría reducir el estigma acerca de la naturaleza de la EM (Figura 35).

Figura 51

Opinión de los participantes, con o sin EM, sobre si la patología es una discapacidad intelectual



Los resultados del chi-cuadrado revelan que existen diferencias significativas ($p = 0.001$) en la percepción de la EM como una discapacidad intelectual. Globalmente, la mayoría de los ciudadanos ecuatorianos opinan que la EM no es una discapacidad intelectual. Las personas que conocen a alguien con EM (81%) son las que más tienen esta creencia, en comparación con los participantes que no conocen a nadie con estas dolencias (55.6%).

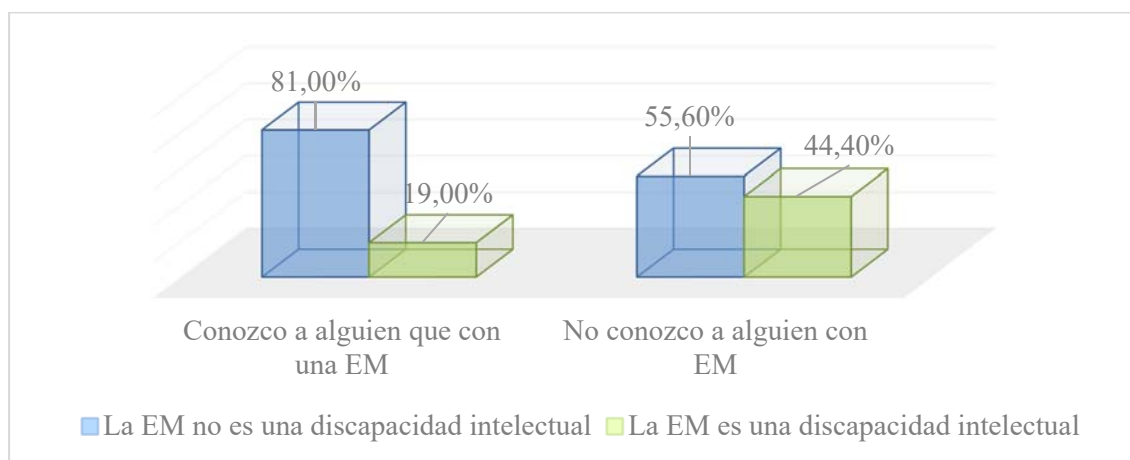
En contraste, las personas que consideran que la EM es una discapacidad intelectual, la mayoría que tiene esta opinión está en el grupo de los que no han tenido contacto con personas con EM (44,40%), en comparación con el 19% de participantes que si conocen a alguien con EM (Figura 36).

Estos resultados sugieren que el contacto con personas que sufren una EM influye significativamente en una comprensión más precisa y menos estigmatizante de la EM, por el

contrario, la falta de contacto con personas con EM parece aumentar la falta de entendimiento en cuanto a la naturaleza de estas patologías.

Figura 52

Relación entre las opiniones que no conocen a nadie que tenga una EM y las que sí y la creencia de que la EM es una discapacidad intelectual



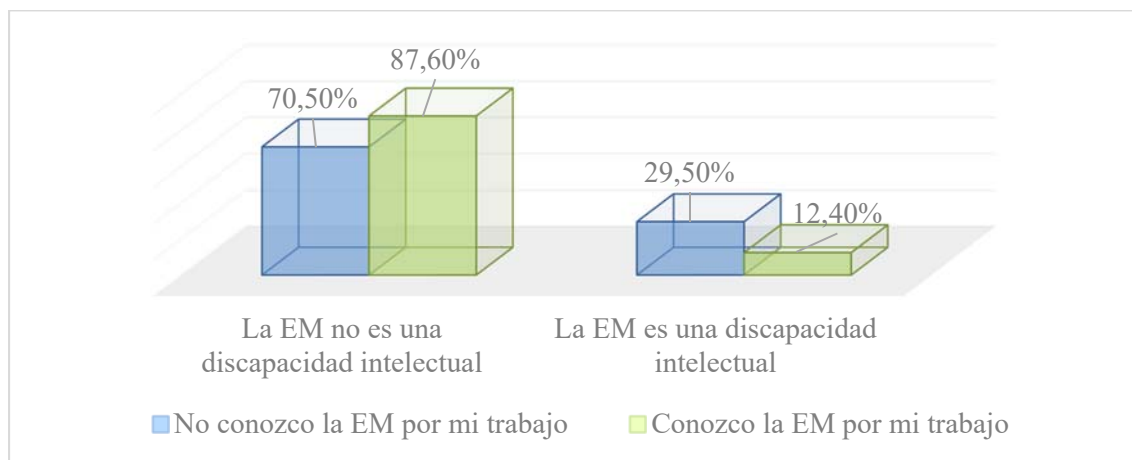
Así mismo, en cuanto a considerar la EM como una discapacidad intelectual, se encuentra una diferencia significativa ($p = .001$) con la variable conozco la EM por trabajo. En la percepción de que la EM no es una discapacidad intelectual el 87.6% de los que conocen la EM por su trabajo la consideran así, en contraste con el 70.50% de los otros encuestados. Los que la consideran como una discapacidad intelectual están en el 29.40% de las personas que no conocen la EM en contraste con el 12.40% de las personas que sí la conocen por su trabajo.

Estos datos evidencian una influencia relevante con el contacto con personas con EM. Aunque a nivel general, la mayoría de los ciudadanos ecuatorianos no la perciben como una discapacidad, los participantes que han tenido contacto con la enfermedad por su trabajo muestran

un conocimiento más preciso y un mayor entendimiento de su naturaleza, lo que evidencia una desmitificación del estigma en cuanto a los estereotipos y las creencias erróneas (Figura 37).

Figura 53

Relación entre las opiniones de las personas que la EM por trabajo y las que no con la opinión de que la EM es una discapacidad intelectual

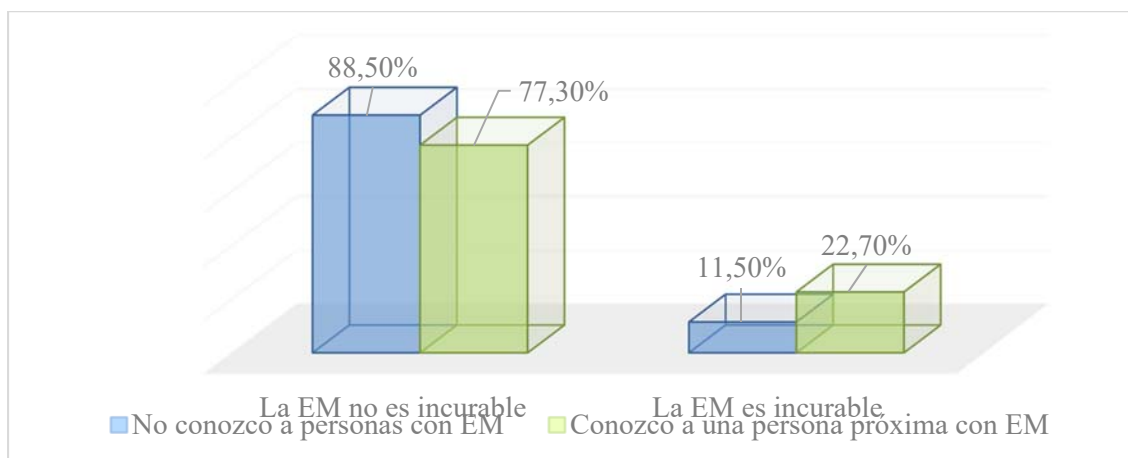


Con relación a la curación de la EM, se observa una diferencia relevante ($p = .025$) en las respuestas de los encuestados. El 88.5% de los encuestados que no conocen a una persona que tiene una EM piensan que la EM no es incurable, en contraste con el 77.3%. Estas opiniones podrían estar influenciadas por el estigma en ambos casos.

Es posible que las personas que no están familiarizados con la enfermedad podrían estar minimizando su impacto en cuanto a su curación. Por el contrario, las personas que conocen de cerca estas dolencias y han estado expuestos a sus desafíos cotidianos, podrían tener ideas menos optimistas en cuanto a su cura (Figura 38)

Figura 54.

Relación entre las opiniones de personas que conocen a alguien con EM y la percepción de su curación



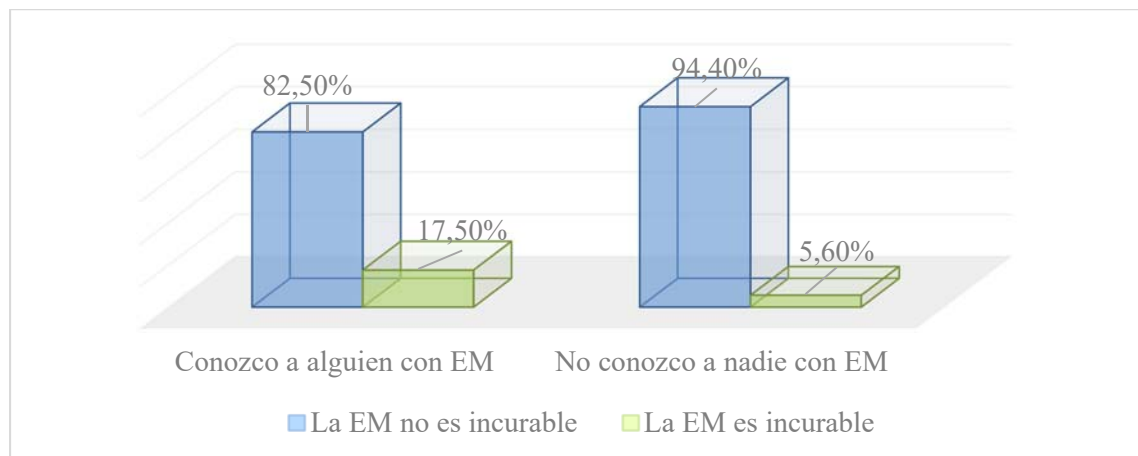
En el análisis de los resultados del chi-cuadrado en cuanto a la percepción de la curabilidad de la EM y su relación con no conocer a nadie con una EM se encontró una diferencia significativa ($p=0.19$). El grupo que conoce a alguien con EM, la mayoría (82.50%) piensa que no es incurable en contraste con la minoría (17.5%). Entre los participantes que no conocen a nadie con una EM, la mayoría (94.4%) opina que no es incurable, a diferencia del 5.6%.

En conclusión, los resultados muestran que el contacto con la EM influye significativamente en cuanto a la percepción de su cura. Las personas que no ha estado en contacto con la enfermedad son más optimistas, lo que podría ser resultado de una falta de conocimiento en cuanto a la naturaleza de estas dolencias.

A diferencia, los ciudadanos ecuatorianos que conocen a alguien con EM, parece aumentar la idea de que la EM es incurable, lo que podría ser a causa de conocer de forma más cercana los desafíos y tratamientos de la enfermedad (Figura 39).

Figura 55

Relación con la opinión de las personas que no conocen a nadie con una EM y las que sí y la creencia de que la EM es incurable



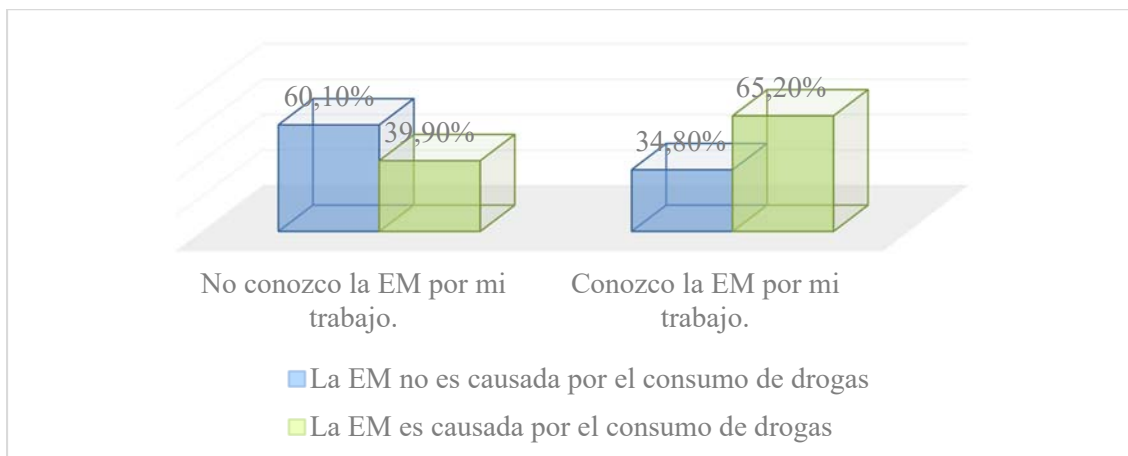
En cuanto a su origen, los resultados del chi-cuadrado evidencian una diferencia significativa ($p=0,001$) entre la creencia de que su etiología está en el consumo de drogas y el contacto con la EM por trabajo.

Con relación a la creencia de que se origina por el consumo de drogas, las personas que conoce la EM por trabajo tienen esta percepción en un 65.20% en contraste con el 39.50% de los otros encuestados. Con relación a que las drogas no son causa de la EM, el 60.10% de los que no conocen la EM tienen esta opinión, en contraste con el 34.80% de los ciudadanos que conocen la EM por su trabajo.

Los resultados reflejan una relación relevante con el contacto de la EM y la creencia de que el origen de la EM es el consumo de drogas. Los que más tienen esta idea son las personas que conocen la EM por trabajo, lo que refleja la presencia de estigma, al sugerir que la patología es resultado de malas elecciones personales (Figura 40).

Figura 56

Relación entre las opiniones de las personas que conoce la EM por trabajo y las que no con la opinión de que una causa de EM es el consumo de drogas



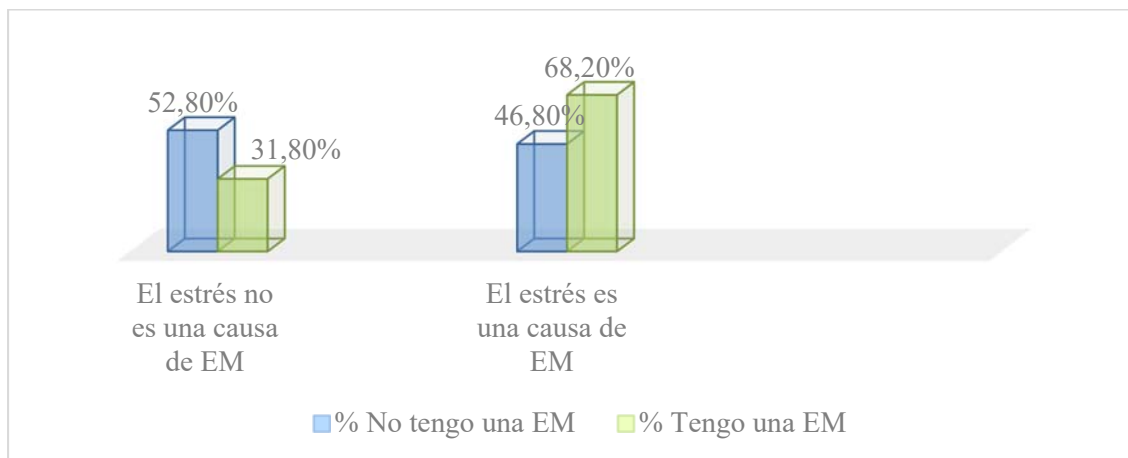
En cuanto a su origen, existe una diferencia significativa ($p = .029$) en la atribución del estrés como causa entre las personas del estudio que sufrían una EM y las personas que no padecían estas enfermedades.

La mayoría (68.20%) de las personas con EM consideran que el estrés es un factor clave en cuanto a su origen, mientras que otras (52.80%) no creen que sea el causante (Figura 9). Esto puede llevar a diferentes enfoques en el manejo y tratamiento de la enfermedad.

Esta diversidad en las percepciones sobre el papel del estrés podría influir en las estrategias personalizadas de intervención y en la adherencia a los tratamientos, subrayando la importancia de abordar las creencias individuales de los pacientes en el diseño de programas terapéuticos (Figura 41).

Figura 57

Relación entre las opiniones de las personas que tienen una EM y las que no con la creencia del estrés como causa de la enfermedad

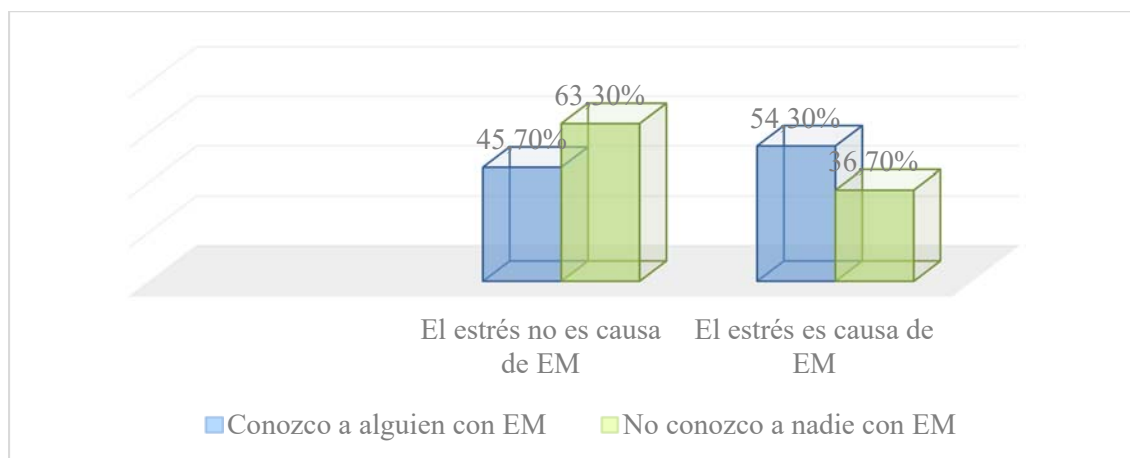


En la misma línea, en cuanto a considerar que el estrés puede causar una EM, los resultados del chi-cuadrado muestran una diferencia significativa ($p=0,049$) con la variable no conozco a nadie con una EM y las que sí. Entre los ciudadanos ecuatorianos que no conocen a alguien con EM la mayoría opina (63,30%) que el estrés no puede ser una causa, a diferencia del 36,70%. Entre los encuestados que conocen a alguien con EM, el 45,7% perciben que el estrés no es causa de EM a diferencia del 54,30%.

Los resultados de la investigación sugieren que el contacto o no con la EM, influye significativamente en la opinión de que el estrés puede originar una EM. Los ciudadanos ecuatorianos que no conocen a personas con EM tienden a creer en su mayoría que el estrés no puede originar esta patología, a diferencia de las personas que conocen a una persona con EM, lo que parece ser resultado de la experiencia personal con la enfermedad (Figura 42).

Figura 58

Relación entre las opiniones de las personas que no conocen a nadie con EM y el estrés como una causa de la enfermedad

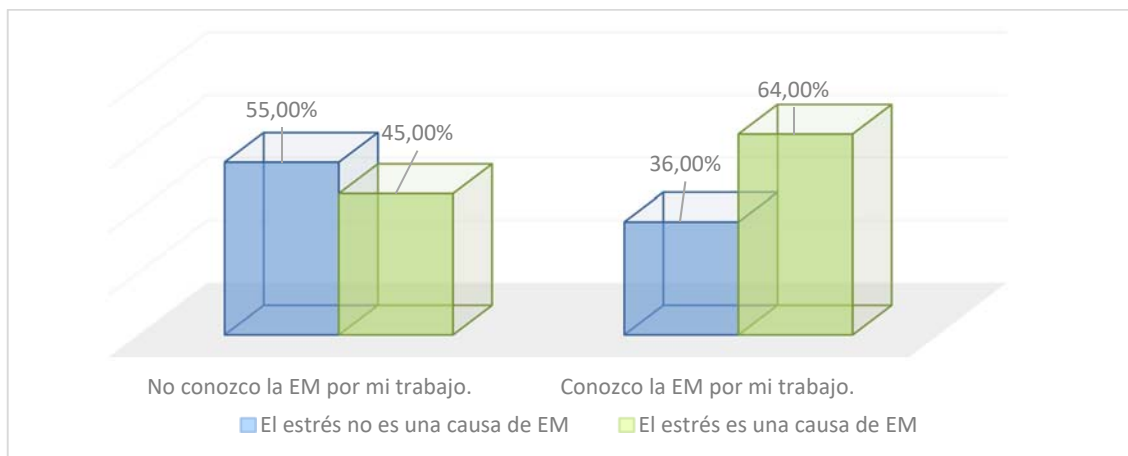


Así mismo, se observa una relación significativa ($p=0,006$) entre considerar el estrés como origen de la EM y el contacto de la EM por trabajo. Las diferencias se encuentran en la opinión de las personas que no conocen la EM por trabajo, quienes piensan en su mayoría (55%) que el estrés no es una causa de EM, a diferencia, del 45% que sí lo considera así. En contraste los conocen la EM por trabajo piensan (64%) que el estrés es una causa de EM a diferencia del 36%.

Estos resultados muestran que el contacto con personas con EM influye en la concepción de atribuir al estrés como un causante de la EM. Las personas que conocen la EM por trabajo tienen una mayor tendencia a considerar al estrés como una causa, factor que podría ser el reflejo de su experiencia en relacionar el estrés con la EM, en contraste a la opinión de las personas que no tienen contacto profesional con estas dolencias (Figura 43).

Figura 59

Relación de las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no con la opinión de que el estrés puede causar una EM

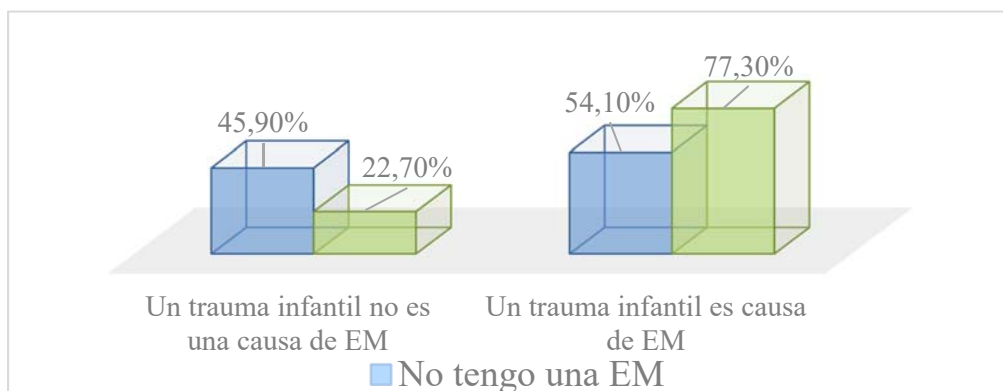


Otra causa que las personas que tienen esta dolencia le dan a la EM, están relacionadas con el trauma infantil ($p = .004$), ya que la mayoría de los participantes del estudio consideran que la EM puede originarse en relación con ello. De hecho, son las personas con EM las que tienden a defender con mayor ahínco esta idea, lo que sugiere una percepción personal y posiblemente influenciada por sus experiencias individuales.

Esta creencia puede tener implicaciones importantes para la comprensión y el abordaje de la EM, destacando la necesidad de considerar factores psicosociales en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (Figura 44).

Figura 60

El Trauma Infantil es Causa de la EM

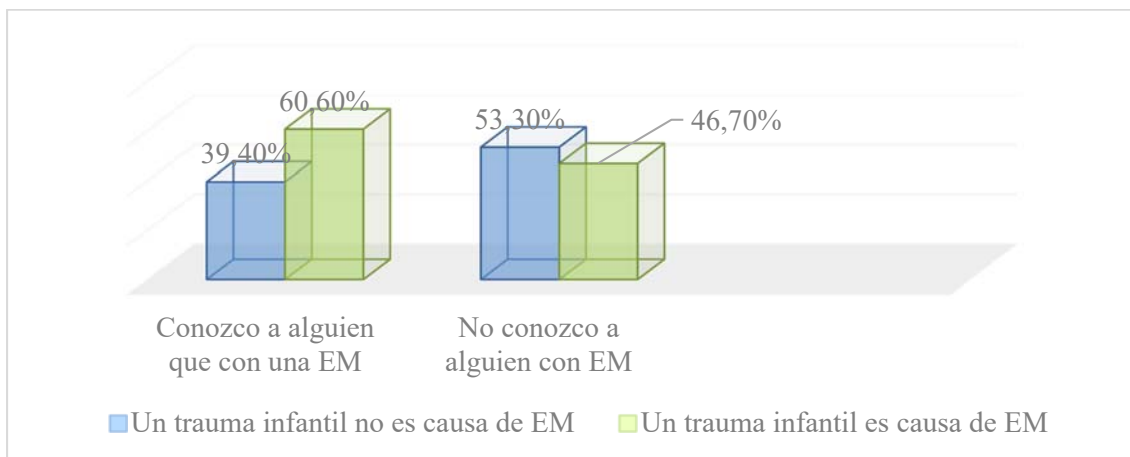


Además, se encontró en los resultados del chi-cuadrado otra relación significativa entre la creencia de que un trauma infantil puede causar una EM y el no tener contacto con alguien con la enfermedad ($p=0.036$). Los resultados de las distribuciones condicionales mostraron que entre los participantes que no conocían a alguien con esta dolencia, el 46.7% percibe a los traumas infantiles como una etiología de la enfermedad. En contraste, del 53.3% del mismo grupo, en contraste las personas que han tenido contacto con esta dolencia el 60.6% opina que un trauma en la infancia puede dar origen a estas enfermedades a diferencia del 39.4%.

Estos datos sugieren que el contacto o no con personas con EM influyen en la percepción de considerar los traumas en la infancia como un origen, lo que puede estar relacionado con el estigma asociado a estas enfermedades. Los individuos que han tenido contacto con estas dolencias podrían estar mejor informadas sobre las causas, a diferencia de los grupos que no han tenido este contacto (Figura 45).

Figura 61

Relación entre el contacto con personas con EM y las que no con la percepción de que un trauma infantil podría ser una causa de la enfermedad

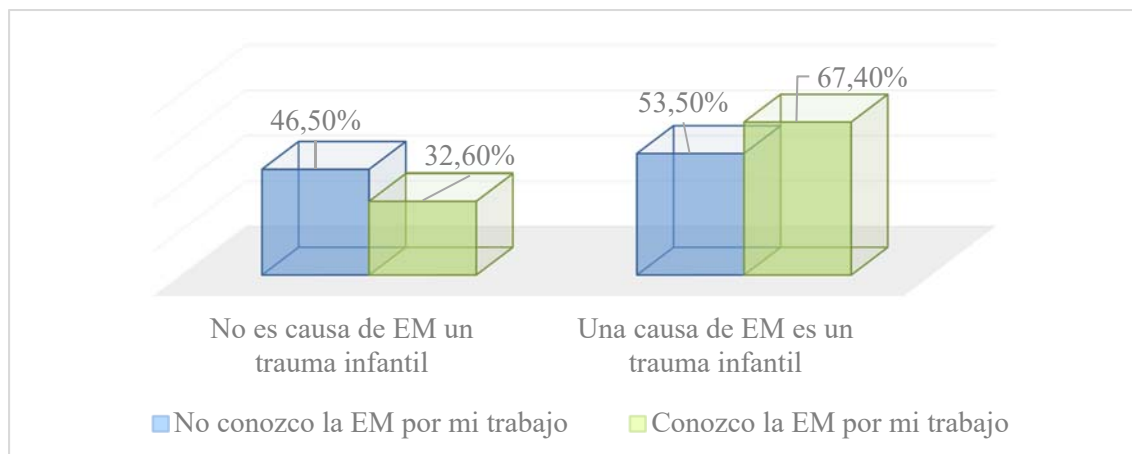


Así mismo, los resultados del chi-cuadrado señalan una diferencia significativa ($p=0.021$) en la percepción de la creencia de que un trauma en la niñez puede causar una EM y el conocimiento de la EM por trabajo. En cuanto a las personas que no conocen la EM por trabajo, el (53.5%) tienen la idea de que una causa de EM puede ser un trauma infantil en contraste con el 46.5% en este grupo que no lo considera así. De la misma manera las personas que conocen la EM por trabajo consideran en su mayoría (67.4%) que la EM puede ser causada por un trauma infantil en contraposición al 32.6%.

Estos resultados estadísticos evidencian la influencia del contacto con la EM por trabajo. Las personas que conocen la EM por trabajo tienden a tener más esta creencia, lo que indica una comprensión más acertada en cuanto a la etiología de la enfermedad, no obstante, esta creencia también puede conllevar estigma a los familiares de estas personas. La diferencia en las percepciones evidencia la importancia de la educación pública sobre los factores causales de la salud mental (Figura 46).

Figura 62

Opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no y la opinión de que una causa de la patología es un trauma infantil



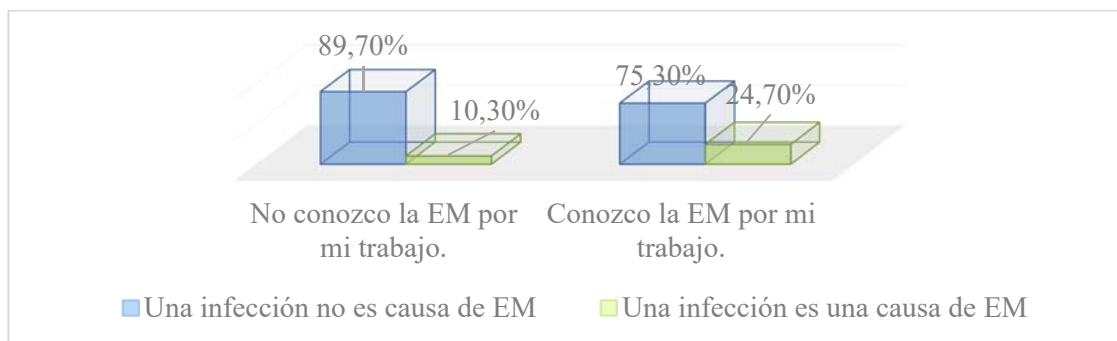
Así mismo, en cuanto a las causas se detectó una diferencia significativa ($p=0.001$) entre las variables conozco la EM por trabajo y la creencia de que una causa de EM puede ser una infección. Las diferencias se encuentran en la opinión de las personas que no conocen la EM por trabajo que consideran en su mayoría (89.7%) que una infección no es una causa de EM a diferencia del 10.30% que sí la considera de la misma manera.

En la misma línea las personas que conocen la EM por trabajo consideran en un 75.3% que una causa de EM no es una infección a diferencia del 24.7% de la muestra que sí lo considera como un origen de EM.

Estos resultados evidencian una relación relevante en tener contacto o no con la EM. Los que más tienden a considerar que una infección no es causa de EM son las personas que no conocen la EM por trabajo, datos que podrían reflejar una falta de conocimiento sobre la etiología de la EM. La percepción de no considerar los factores biológicos como las infecciones en el origen de la EM pueden reforzar la idea de que estas patologías son menos reales que las enfermedades corporales, lo que refuerza el estigma (Figura 47).

Figura 63

Relación entre las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no con la opinión de que una causa de la EM es una infección

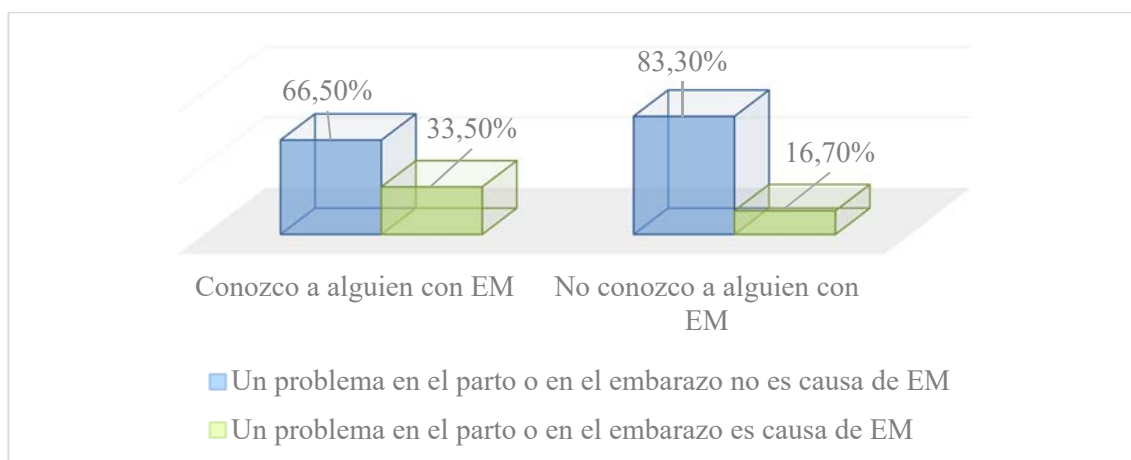


Otra causa donde se encontró una relación significativa es en la relación de las variables un problema en el embarazo y el parto es una causa de EM y la variable no conozco a nadie con una EM ($p=0.008$). Globalmente, los resultados indican que la mayor parte de los participantes opinan que un problema en el parto o en el embarazo no es una causa de EM. Entre las personas que conocen a alguien con EM el 66.5% considera que no es una causa, en contraste con el 33.5% del mismo grupo. Los participantes que no conocen a nadie con EM, el 83.3% considera que no es una causa, en contraste con el 16.7%.

Estos resultados muestran que el contacto con individuos con estas patologías puede influir a relacionar esta enfermedad con este factor. No obstante, en ambos grupos no se atribuyó a estos problemas con el origen de la EM (Figura 48).

Figura 64

Relación entre las opiniones de las personas que no conocen a nadie que tenga una EM y la creencia de que una causa de la patología es un problema en el embarazo



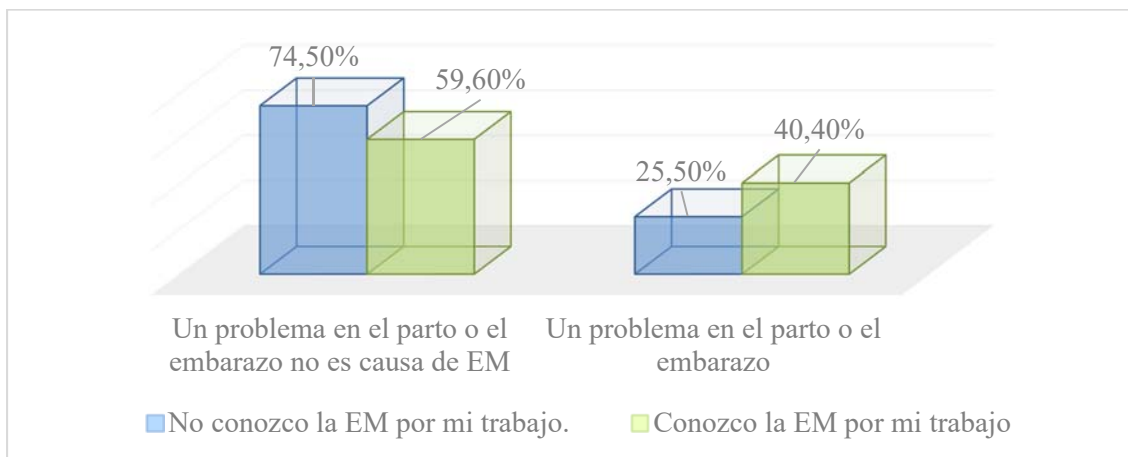
De igual manera, en la percepción de un problema en el parto o en el embarazo, los resultados del chi-cuadrado muestran una diferencia significativa ($p=0,007$) con la variable conozco la EM por trabajo. Las diferencias se encuentran en la opinión de las personas que no

conocen la EM por trabajo el 74.5% piensa que un problema en el parto o el embarazo no es causa de EM a diferencia del 25.5% que si tienen esta idea. En la misma línea las personas que conocen la EM por trabajo el 59.6% opinan que no es causa de EM un problema en el parto o en el embarazo a diferencia del 40.4% que si piensan que esto podría ser un origen de EM.

Estos hallazgos reflejan una clara influencia del contacto con la EM y la idea de que un problema en el embarazo o en el parto puede originar una EM. Los que más tienen esta concepción son las personas que conocen la EM por trabajo, lo que sugiere una mayor necesidad de difusión de información científica avalada que aclare sobre las causas de la EM, lo que puede contribuir en la lucha contra el estigma de la EM (Figura 49).

Figura 65

Relaciones de las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no con la opinión de que una causa de la patología es un problema en el parto en el embarazo

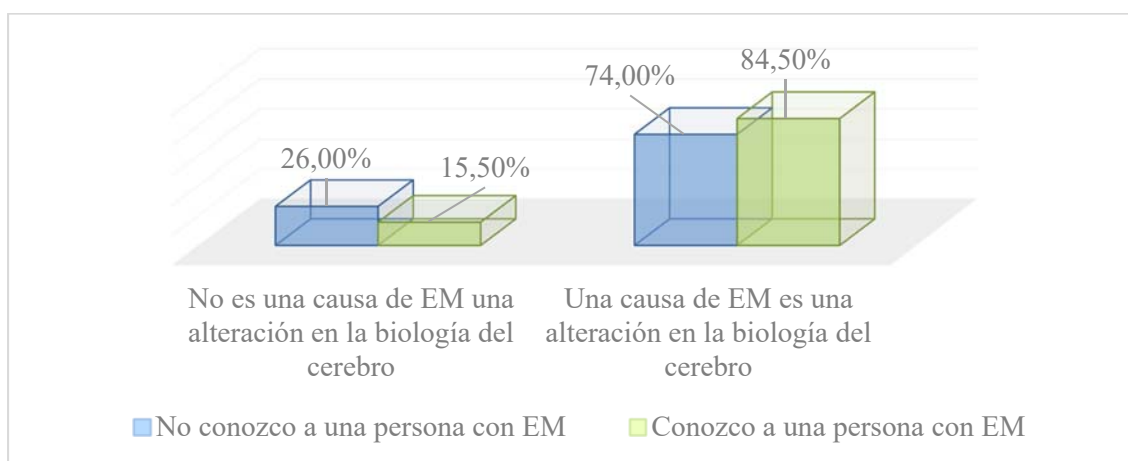


Así mismo, en cuanto al origen de la EM, hay una diferencia significativa ($p = .022$). Estas diferencias se encuentran en la opinión de las personas que conocen a una persona que tiene una EM, el 84.5% opinan que una causa de EM es una alteración en la biología del cerebro en contraste con el 74% de la opinión de las personas que no conocen a alguien cercano con EM.

Aunque en ambos resultados los participantes asocian la EM a factores biológicos, las diferencias en los porcentajes señalan, que las personas que han tenido contacto con la enfermedad están más familiarizadas con información científica que reconoce que existen causas biológicas y psicológicas en cuanto al origen de la enfermedad (Figura 50).

Figura 66

Relación entre las opiniones de las personas que no conocen a una persona con EM y las que sí con la opinión de que una causa es una alteración en la biología del cerebro

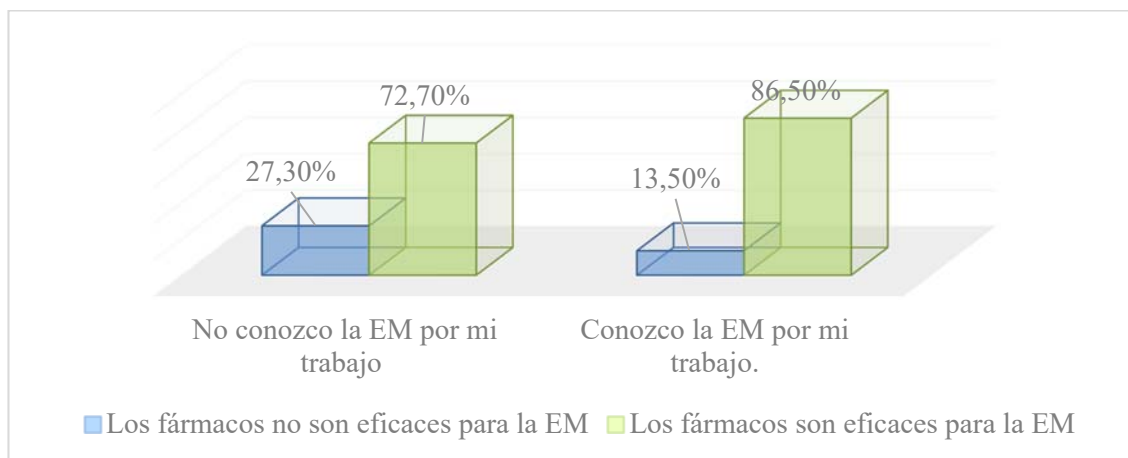


Con relación a los tratamientos eficaces para la EM, los resultados del chi-cuadrado muestran que existe una diferencia significativa ($p=0.020$) entre la percepción de la eficacia de los tratamientos farmacológicos y el contacto de la EM por trabajo. Las diferencias se encuentran en la opinión de las personas que no conoce la EM por trabajo, la mayoría (72.70%) tiene la idea de que un tratamiento eficaz es el que se realiza con medicamento a diferencia del 27.3% de la muestra. En la misma línea las personas que conocen la EM por trabajo (86.50%) son las que más opinan que una cura eficaz para la EM es el tratamiento con medicamentos a diferencia del 13.50% de este grupo.

Los resultados evidencian que hay una relación significativa de esta creencia con el contacto o no con personas con EM. A nivel general, la mayoría de los participantes piensan que los tratamientos farmacológicos son eficaces para la EM. Cabe resaltar, que los que más tienen esta idea son las personas que tienen contacto con la EM por su trabajo, lo que puede ser producto de su experiencia y contacto con estas dolencias (Figura 51).

Figura 67

Relación de las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no con la opinión de que una cura eficaz son los tratamientos con medicamentos



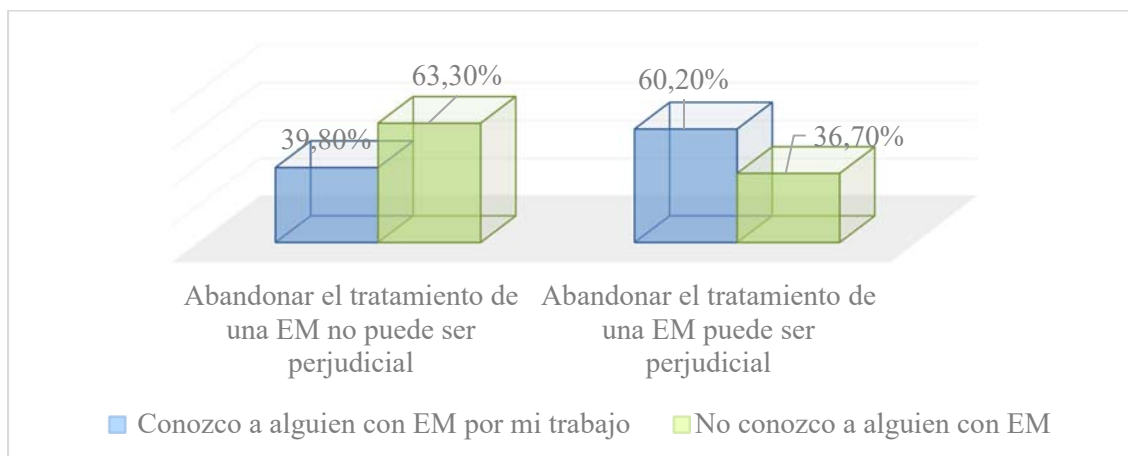
En cuanto al conocimiento del tratamiento de la EM, los resultados evidencian una diferencia significativa ($p = .001$) entre la idea de que abandonar el tratamiento de una EM puede ser perjudicial y la variable no conozco a nadie con una EM. A términos generales, los resultados indican que la mayor parte de los participantes piensan que abandonar el tratamiento de una EM puede ser perjudicial. Entre los ciudadanos ecuatorianos que conocen a alguien con EM la mayoría (60.2%) piensan de esta manera a diferencia del 36.7 % de las personas que no conocen a nadie que tenga una EM. Con relación a la idea de que abandonar el tratamiento de una EM no puede ser perjudicial, el 39.8% de los participantes que conocen a alguien con EM lo consideran así a

diferencia del 63.3% de las personas que no conocen a nadie con una EM.

Los resultados evidencian que el contacto o no con personas con EM, influyen a la hora de considerar la importancia del tratamiento de la EM. Las personas que han tenido contacto con esta enfermedad muestran una mejor comprensión acerca de la importancia en la constancia del tratamiento, a diferencia del grupo que no ha tenido este contacto (Figura 52).

Figura 68

Relación de las opiniones de las personas que no conocen a nadie que tenga una EM y la creencia de que abandonar el tratamiento de una EM puede ser perjudicial



De igual manera los resultados evidencian una relación significativa ($p = .008$) entre la percepción de que abandonar el tratamiento puede ser perjudicial y el contacto de la EM por trabajo. Las diferencias se encuentran en la opinión de las personas que no conocen la EM por trabajo, el 50.2% opina que abandonar el tratamiento en una EM puede ser perjudicial en contraste con el 49.8% de las personas del mismo grupo.

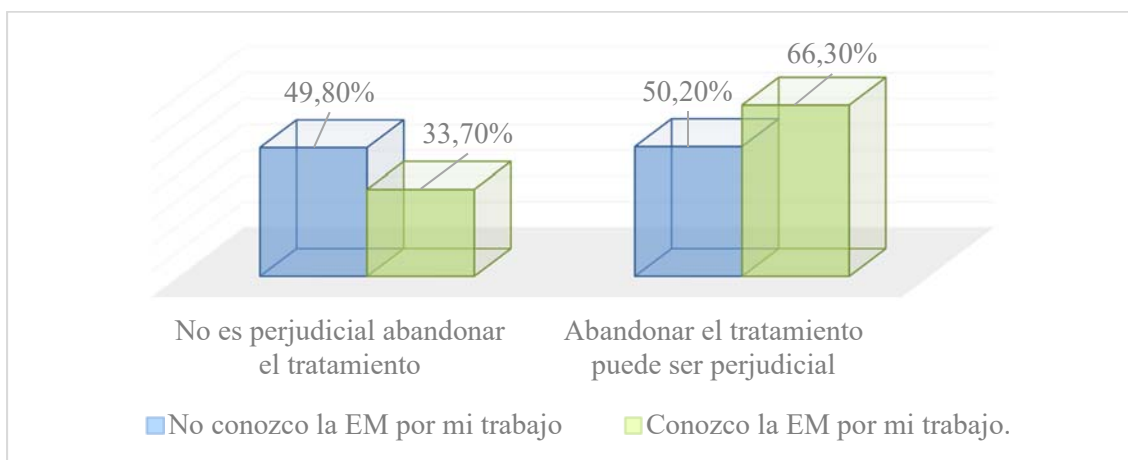
En la misma línea las personas que conocen la EM por trabajo, el 66.3% opina que abandonar el tratamiento de una EM puede ser perjudicial a diferencia del 33.7%.

A nivel general, la mayoría de los encuestados opinan que abandonar el tratamiento de una EM es perjudicial, los datos enseñan que las personas que tienen contacto con la EM por trabajo tienen una mayor comprensión sobre la importancia de no abandonar el tratamiento en la cura de estas enfermedades, lo que sugiere una mejor información y sensibilización en cuanto a este factor.

Entre las personas que no conocen la EM los resultados casi iguales, dan lugar a la presencia de una falta de conocimiento, lo que contribuye a que existe una visión errada acerca de la naturaleza de estos tratamientos y a la cura de estas dolencias (Figura 53).

Figura 69

Relación entre las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y la opinión de que abandonar el tratamiento de una EM puede ser perjudicial



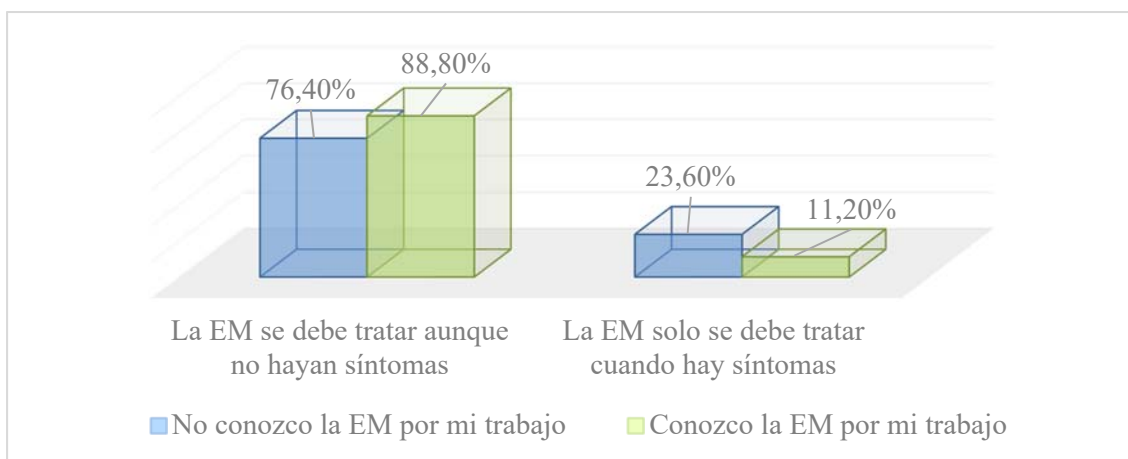
De igual manera, en cuanto a las creencias acerca del tratamiento de la EM, se encontró una diferencia significativa ($p = .012$) con la variable del contacto de la EM por trabajo. Las diferencias se encuentran en la opinión de las personas que no conocen la EM por trabajo, la mayoría (76.4%) percibe que, aunque no haya síntomas se debe tratar, en contraste con el 23.6% del mismo grupo. En cuanto a las personas que conocen la EM por trabajo el 87.8% cree que las

personas con esta patología deben estar en tratamiento, aunque no tenga síntomas a diferencia del 11.2% de las personas del mismo grupo.

Los resultados señalan una influencia del contacto con personas con EM y el conocimiento de que, aunque no hayas síntomas se debe continuar con los tratamientos de la EM. Aunque la mayoría de las personas que intervienen en el estudio piensan esto, el grupo de personas que tienen contacto con la enfermedad por su trabajo, evidencian una mayor comprensión y precisión en cuanto a la importancia de un tratamiento continuo, aunque no se presenten los síntomas, con el fin de poder mantener la estabilidad de los pacientes (Figura 54).

Figura 70

Relación entre las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no y la opinión de que la EM solo se debe tratar cuando hay síntomas



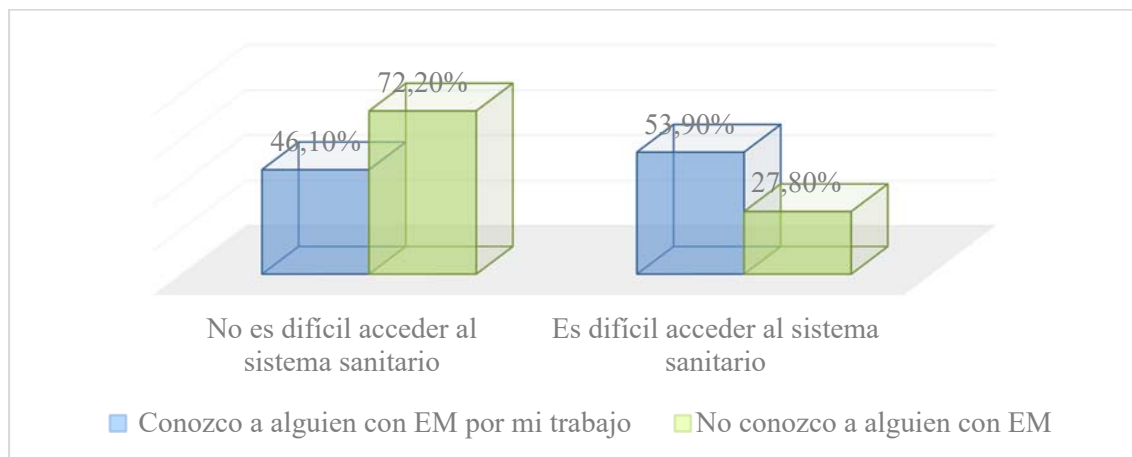
En relación con las dificultades para que el médico identifique de forma adecuada estas enfermedades, en cuanto al acceso al sistema sanitario, existen diferencias significativas ($p = .000$) con la variable no conozco a nadie con una EM. Concerniente a la creencia de la dificultad de acceder al sistema sanitario, el 53.9% de los participantes que conocen a alguien con EM lo consideran como un obstáculo en contraste con el del 27.8% de los individuos que no conocen a

nadie con una EM. Respecto a los que no consideran que sea una dificultad tener acceso al sistema sanitario, el 46.1% de los participantes del estudio que conocen a alguien que tiene una EM piensan de esta manera a diferencia del 72.2 % de las personas que no conocen a nadie que tenga una EM.

Estos datos apuntan a que el contacto o no con personas con EM influyen en la percepción acerca de la accesibilidad al sistema sanitario. Las personas que han tenido más contacto con personas con EM perciben dificultades, lo que sugiere que su experiencia directa revela una mayor conciencia de esta barrera, a diferencia de las personas que no han tenido contacto con la enfermedad (Figura 55).

Figura 71

Relación de las opiniones de las personas que no conocen a nadie que tenga una EM y las que no con la creencia de que un obstáculo en diagnosticar una EM es la dificultad para acceder al sistema sanitario



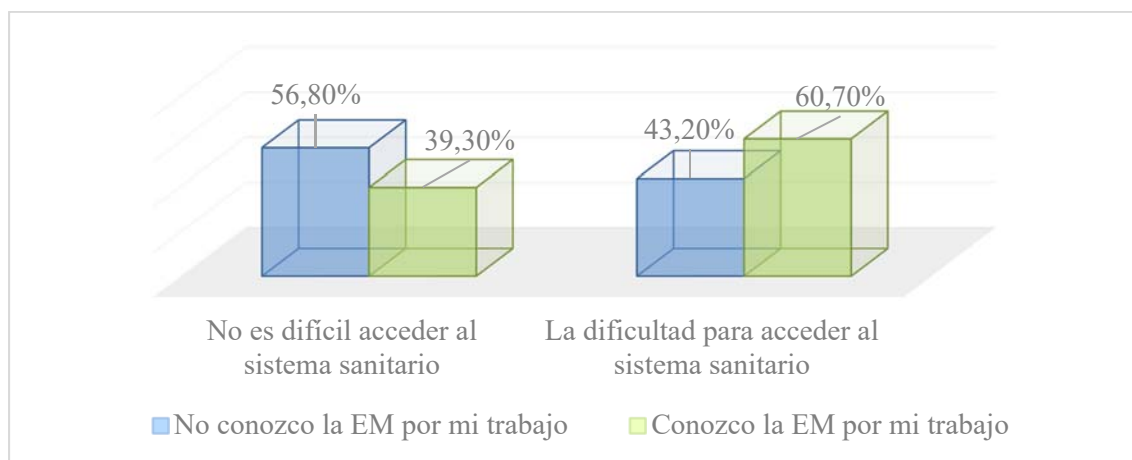
Además, los resultados del chi-cuadrado enseñan que existe una diferencia significativa ($p = .004$) entre la creencia que un obstáculo para el tratamiento es el acceso al sistema sanitario y el contacto con personas con EM por trabajo. Las diferencias se encuentran en la opinión de las

personas que no conoce la EM por trabajo, la mayoría (56.8%) piensa que no es difícil acceder al sistema sanitario a diferencia del 43.2% de los participantes del mismo grupo. En contraste las personas que conocen la EM por trabajo (60.7%) opinan que una dificultad para que el médico pueda identificar una EM, es la dificultad que tienen los pacientes para acceder al sistema sanitario de salud en contraste con el 39.30%.

Estos resultados reflejan que el contacto con personas con EM influye en la percepción de las barreras que enfrentan para tener acceso al sistema sanitario. La mayoría de las personas que tienen contacto por trabajo con estas personas tienen una mayor conciencia sobre los obstáculos que los pacientes experimentan en el acceso para obtener ayuda sanitaria, lo que indica la presencia del estigma que se convierte en una barrera para que las personas obtengan y mantengan un tratamiento continuo en el tratamiento de estas enfermedades (Figura 56).

Figura 72

Opiniones de las personas que conozco la EM por trabajo y la dificultad de que el acceder al sistema sanitario



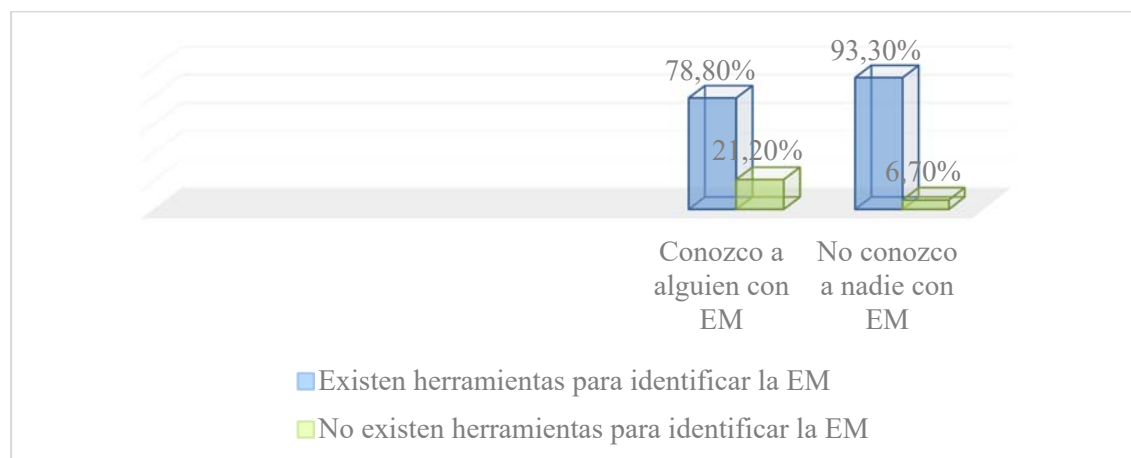
Respecto a la percepción de la existencia de herramientas para identificar estas patologías,

los resultados evidencian que existen diferencias ($p = .007$). El 78.8% de los participantes que conocen a alguien con EM piensan que existen herramientas para identificar la EM a diferencia del 93.30% de los que no han tenido contacto con estas personas. En cuanto a la idea de que no existen herramientas, el 21.20% de las personas que han tenido contacto lo perciben así, en contraste con el 6.7% del grupo que no conocen a personas con esta enfermedad.

Estos datos manifiestan que el contacto con personas con EM influye en la percepción de la existencia de herramientas para el diagnóstico de estas dolencias. El menor porcentaje de esta creencia en las personas que han tenido contacto con la enfermedad puede indicar, una mayor conciencia de la complejidad en los diagnósticos de la EM, en contraposición, con la sobre estimación de la existencia de estas herramientas de parte del grupo de las personas que no han tenido contacto con estos individuos (Figura 57).

Figura 73

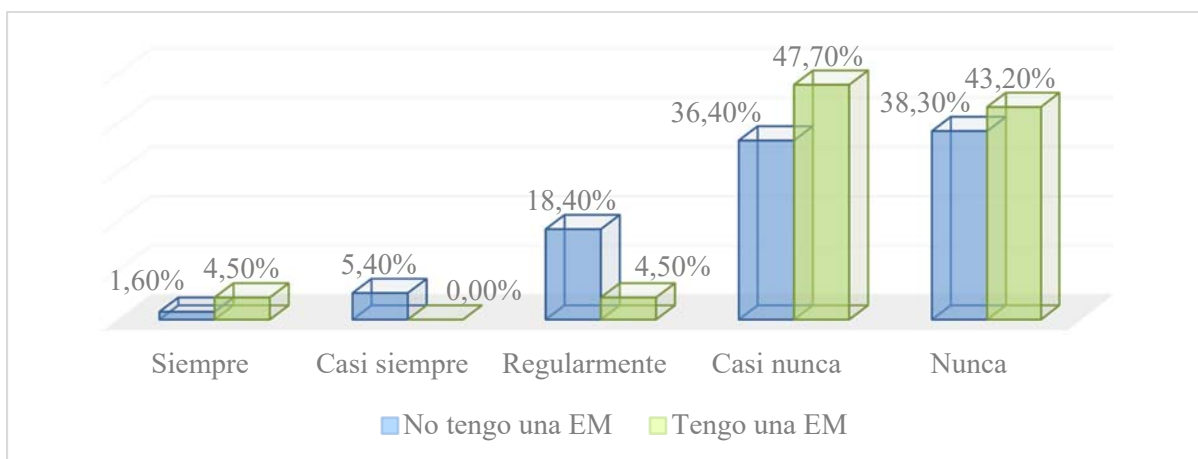
Relación de las opiniones de las personas que no conocen a nadie que tenga una EM y las que no y la creencia de que no existen herramientas para que el médico identifique correctamente la EM



Los resultados encontrados muestran que la mayoría de las personas que tienen una EM no evitan (90.90%) a otros individuos en sus mismas condiciones de salud. Este dato es significativo, sugiere una actitud positiva hacia la comunidad de personas con EM, lo que sugiere a una disposición de conectarse y apoyarse mutuamente ante el desafío de estas enfermedades.

Figura 74

Relación de las Opiniones de las Personas que Sufren una EM y las que no con la Evitación de las Personas con Enfermedades mentales



De igual manera, los resultados evidencian que existen diferencias relevantes ($p = .001$) entre la evitación de las personas con EM y las personas que conocen la EM por trabajo. Las personas que conocen la EM por trabajo no evitan significativamente el contacto con personas con EM nunca o casi nunca (89.90%) en comparación con las personas que no conocen la EM por trabajo (72.30%), lo que indica que el contacto y el conocimiento profesional acerca de la EM puede reducir el estigma y mejorar la integración de estas personas.

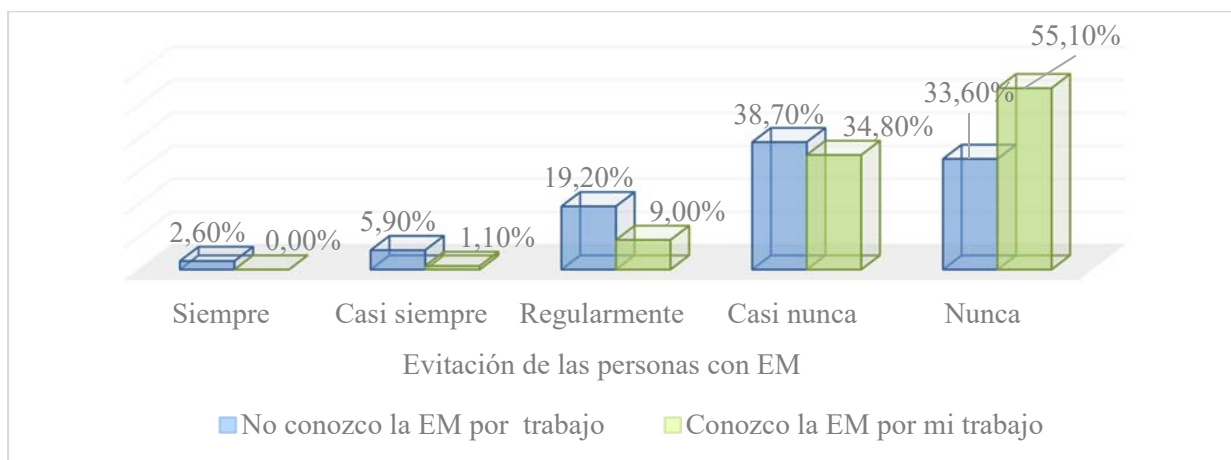
Sin embargo, en ambos grupos hay participantes que lo hacen regularmente (9% personas que conocen la EM por trabajo frente al 19.20% personas que no conocen la EM por trabajo), lo que indica que pueden existir algunos comportamientos estigmatizantes, como la evitación de

contacto con estas personas, aun dentro de las personas con experiencia profesional en estas patologías. De igual manera, existe un menor número de personas que los evita siempre y casi siempre (8.50% personas que no conoce la EM por trabajo frente al 1.10% de las personas que conocen la EM por trabajo), lo que indica la presencia de prejuicios que refuerzan el estigma.

En conclusión, los resultados evidencian que el conocimiento profesional de la EM resulta en menos estigma de la EM en cuanto a la evitación de estas personas y la necesidad de programas educativos y de concienciación sobre las personas que sufren EM, incluso en el grupo que trabaja con personas con EM (Figura 59).

Figura 75

Relación de las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no con la evitación de las personas con estas patologías



Así mismo, con relación a los posibles prejuicios que puedan existir, los resultados del chi-cuadrado muestran una diferencia significativa ($p = .043$) entre las personas que no conocen a nadie con una EM y la dificultad de diálogo con estas personas.

Los resultados evidencian que el contacto con personas con EM influye de forma positiva a la hora de tener diálogo con personas que sufren estas dolencias. Los participantes que conocían

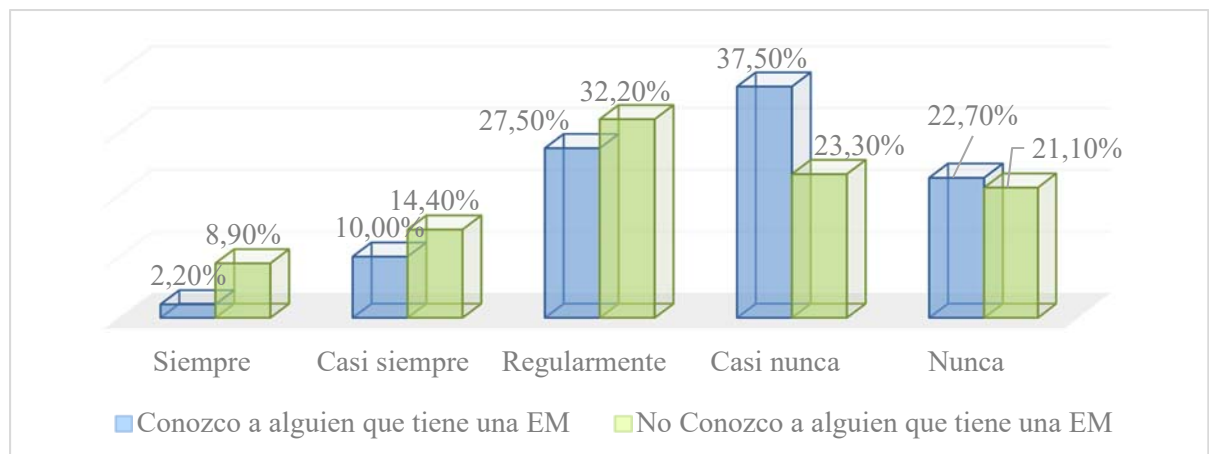
a alguien con EM respondieron que nunca o casi nunca (60.52%) tienen dificultades, en contraste con quienes no conocen a nadie (44.20%).

A pesar de los resultados positivos que se pueden observar, un porcentaje significativo de ambos grupos reportan que regularmente tienen dificultad de entablar diálogo con personas con EM (32.20% y 55.5%), lo que evidencia la presencia de estigma y barreras de comunicación, a pesar de que algunas personas han tenido contacto con estas personas.

Además, los resultados muestran que en ambos grupos se reporta la existencia de mayor dificultad a la hora de dialogar con estas personas siempre y casi siempre (23.3% y 12.20%) evidenciando un menor porcentaje en los grupos que han tenido contacto con personas con EM, datos que reflejan la presencia de estigma. En conclusión, el contacto con personas con EM ayuda en la lucha contra el estigma en cuando a entablar diálogo con estas personas, aunque no es suficiente y se podría combinar con educación comunicativa con estas personas, para reducir el estigma asociado a estas enfermedades (Figura 60)

Figura 76

Relación entre las opiniones de las personas que no conocen a nadie que tenga una EM y la dificultad para entablar diálogo con personas con EM



De igual manera en cuanto al diálogo con personas con EM, los resultados muestran que existe una diferencia significativa ($p = .001$) entre la dificultad de diálogo con las personas con EM y el contacto de la EM por trabajo. Los datos revelan que el contacto con personas con EM influye en el diálogo con personas con EM de forma positiva, los ciudadanos ecuatorianos que conocen la EM por su trabajo reportan que nunca o casi nunca tienen dificultades a la hora de entablar diálogo con ellos (71.90%) en contraste con las personas que no conoce la EM por trabajo (50.90%).

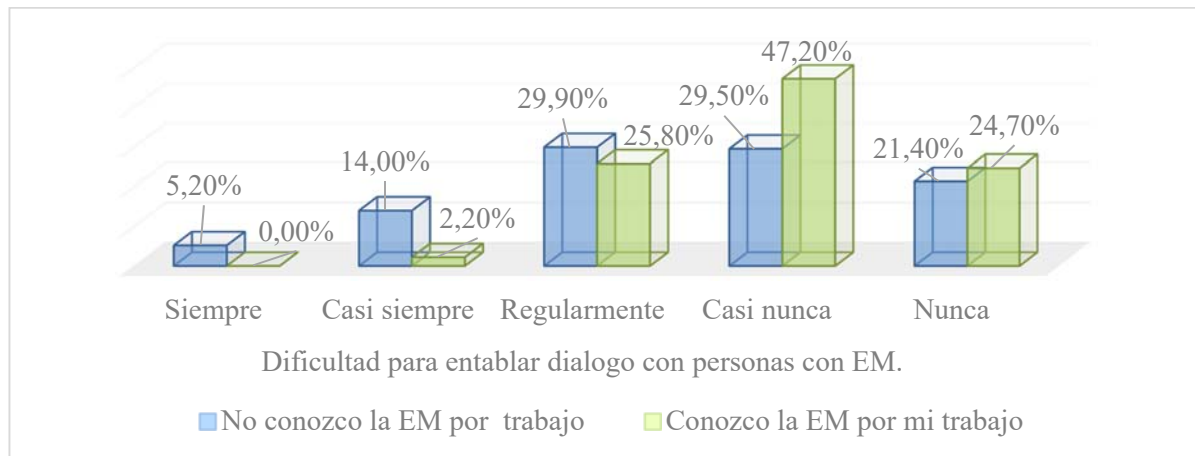
No obstante, en ambos grupos se reporta que regularmente se tiene dificultad a la hora de entablar diálogo con estas personas (25.80% personas que conocen la EM por trabajo y 29.90% personas que no conocen la EM por trabajo), lo que indica en que, a pesar de su experiencia con la EM, pueden existir algunos desafíos en la comunicación con estas personas.

Otra diferencia se encuentra en la opinión de las personas que no conocen la EM por trabajo, (19.20%) admiten tener siempre y casi siempre dificultades de entablar diálogo con personas con EM a diferencias del 2.2% de las personas que conocen la EM por trabajo.

Finalmente, los resultados indican que el contacto con personas con EM por trabajo está fuertemente asociado a menos estigma a la hora de establecer diálogo con estas personas, y se evidencia una necesidad de educación pública en cuanto al desarrollo de mejores habilidades de comunicación con estas personas, en vías de combatir los estigmas y prejuicios hacia las personas con EM (Figura 61).

Figura 77

Relación de las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no y la dificultad para entablar diálogo con personas con EM



En cuanto al internamiento de las personas con EM, los resultados del chi-cuadrado muestran una diferencia significativa ($p = .031$) entre las personas que nunca ha tenido contacto con personas con EM y la opinión de su internamiento psiquiátrico. Los resultados comprueban que los participantes que han tenido contacto con personas con EM influyen en las opiniones de su internamiento. Reportaron que nunca o casi nunca (51.70%) sería necesaria esta medida en contraste con las personas que no ha tenido contacto (32.20%). Estos resultados podrían evidenciar que el contacto puede disminuir las percepciones de segregación social de estos individuos.

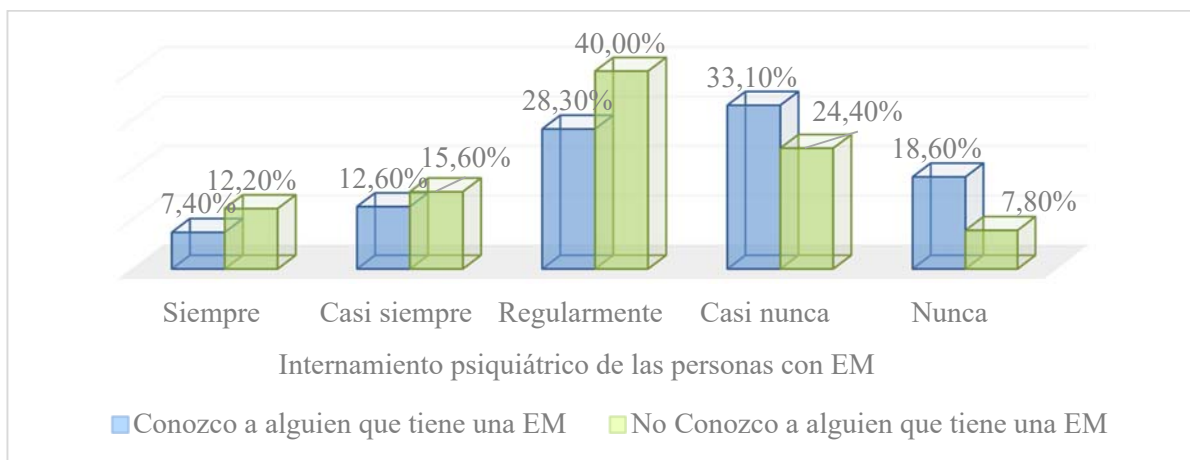
Sin embargo, los datos muestran en ambos grupos la creencia de que el internamiento de estas personas es necesario hacerlo regularmente (28.30% y 40%), resultados que evidencian el estigma asociado a la reclusión institucional de estas personas, también puede ser una falta de información sobre los nuevos tratamientos integrales existentes actualmente. Una concepción más prejuiciosa sobre el internamiento se encuentra en la creencia de que es necesario hacerlo siempre o casi siempre (27.80% personas que no conocen a alguien con EM y 20% personas que conocen a alguien con EM).

En conclusión, los datos muestran que el contacto con personas con EM puede reducir la idea estigmatizante de la necesidad del internamiento psiquiátrico de las personas con EM como

única alternativa en cuanto a su cura, también se evidencia la necesidad de la educación pública sobre los diversos tratamientos que existen para el tratamiento de la EM (Figura 62).

Figura 78

Relación de las opiniones de las personas que no conocen a nadie que tenga una EM y las que no y la idea de la necesidad de internamiento psiquiátrico de las personas con EM



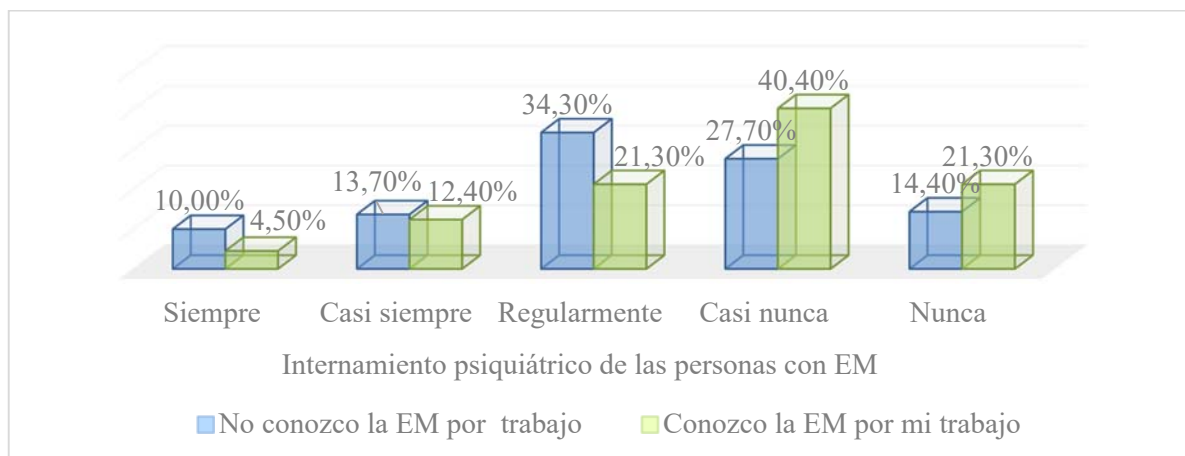
Así mismo, en cuanto al internamiento psiquiátrico, los resultados del chi cuadrado muestran que existen diferencias significativas ($p = .021$) entre la idea del internamiento psiquiátrico de las personas con EM y el contacto de personas con EM por trabajo. Las personas que conocen la EM por trabajo piensan en su mayoría que el internamiento es menos necesario (61.70%) en comparación con las personas que no conocen la EM por trabajo (42.10%).

Sin embargo, existen participantes de ambos grupos que piensan que regularmente (21,30% personas que conocen la EM por trabajo frente al 34.30% de las personas que no conocen la EM por trabajo) es necesario su internamiento, lo que indica que persisten algunas creencias sobre la necesidad de internamiento. Así mismo, en ambos grupos existe la idea de que siempre y casi siempre estas personas deben ser internadas en centros psiquiátricos (23.70% personas que no conocen la EM por trabajo frente al 26.90% personas que conocen la EM por trabajo).

Estos resultados podrían indicar la existencia de estigma y conceptos erróneos en cuanto a los tratamientos de la EM, incluso entre los profesionales de salud mental. Estos hallazgos señalan una necesidad de que los profesionales de salud mental tengan una formación profesional continua en salud mental, con el fin de promover tratamientos menos restrictivos y mejorar la calidad de atención a las personas con EM. (Figura 63).

Figura 79

Relación de las Opiniones de las Personas que Conocen la EM por Trabajo y las que no con la Opinión acerca del Internamiento Psiquiátrico de las Personas con EM



Así mismo, en los resultados del chi cuadrado se detectó que existen diferencias significativas ($p = .001$) entre la percepción de que las personas con EM son impredecibles y la percepción de las personas que tienen una EM. Los datos evidencian la influencia de la experiencia personal con la enfermedad en la percepción de imprevisibilidad. Los ciudadanos ecuatorianos que participan en el estudio que tienen una EM opinan en su mayoría (52.30%) que las personas con EM son impredecibles. Lo que indica la presencia de autoestigma.

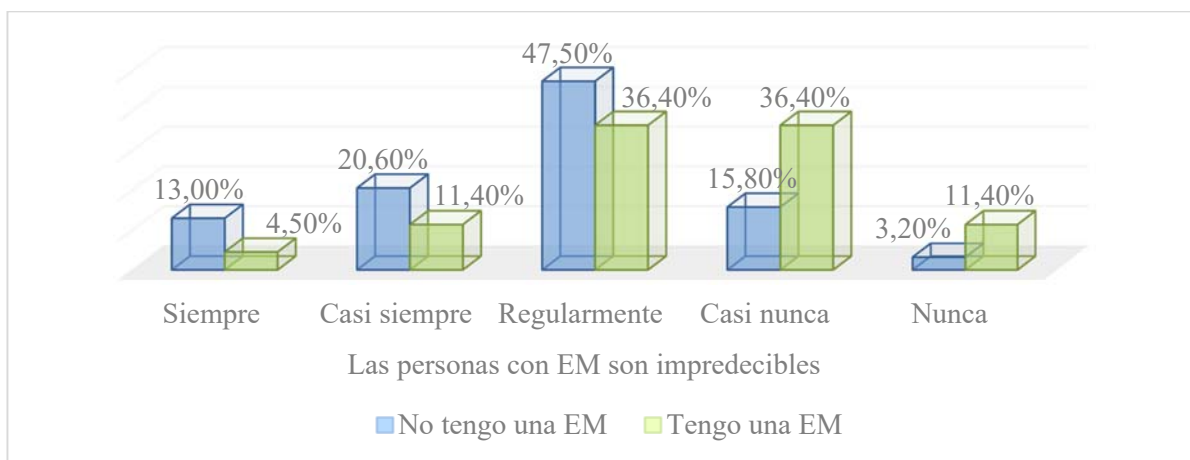
Sin embargo, en ambos grupos existe este estereotipo persistente de que las personas con EM son impredecibles regularmente (36.40 % personas con EM frente al 47.50% de las personas

que no tienen una EM). De igual manera en ambos grupos existen participantes que perciben que las personas con EM son impredecibles siempre o casi siempre (15.90% las personas con EM frente al 33.60% de las personas que no tienen una EM). Estos resultados sugieren la posible presencia de autoestigma en las personas con EM y una visión estereotipada por parte de las personas que no tienen una EM.

En conclusión, los resultados indican una necesidad de educación y concienciación acerca de las enfermedades mentales y de los estigmas y estereotipos asociados a ellas para ambos grupos. (Figura 64).

Figura 80

Relaciones de las opiniones de las personas que tienen una EM y las que no con la opinión de que las personas con EM son impredecibles



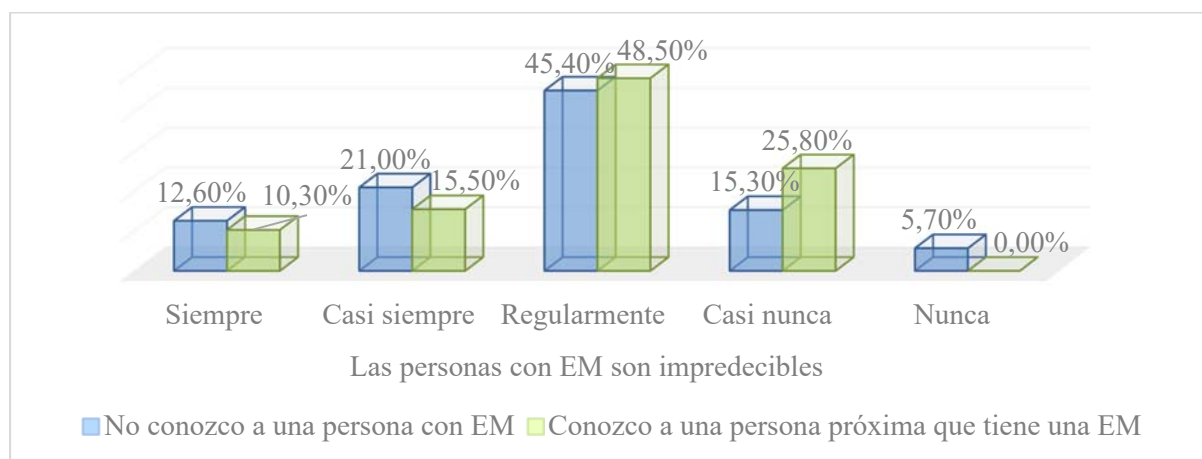
De igual manera, en cuanto al estereotipo de que las personas son impredecibles, los resultados del chi-cuadrado muestra que existen diferencias significativas ($p=0.044$) con la opinión de las personas que conocen a una. Los resultados muestran que las personas que conocen a alguien con EM piensan con una mayoría ligera que nunca o casi nunca lo son (25.8%) en comparación con las personas que no conocen a una persona con EM (21%).

No obstante, existen en ambos grupos la creencia de que son impredecibles (45,40% personas que no conocen a alguien con EM frente al 48,50% personas que conocen a alguien con EM) que consideran que regularmente lo son. En la misma línea, los datos revelan que existen personas con la percepción de que siempre o casi siempre lo son (25,8% personas que conocen a alguien con EM en contraste con el 33,60% de personas que no conocen a nadie con EM).

En resumen, los datos revelan que el contacto con personas con EM puede influenciar positivamente en la reducción del estigma, aunque en este caso se nota en un porcentaje ligero en cuanto al estereotipo de que las personas con EM son impredecibles. En general los resultados muestran la necesidad de una intervención educativa acerca de la naturaleza de la EM y en cuanto a los estereotipos sociales que se han creado (Figura 65).

Figura 81

Relación entre las opiniones de las personas que conocen a una persona con EM y las que no con la opinión de que las personas con EM son impredecibles



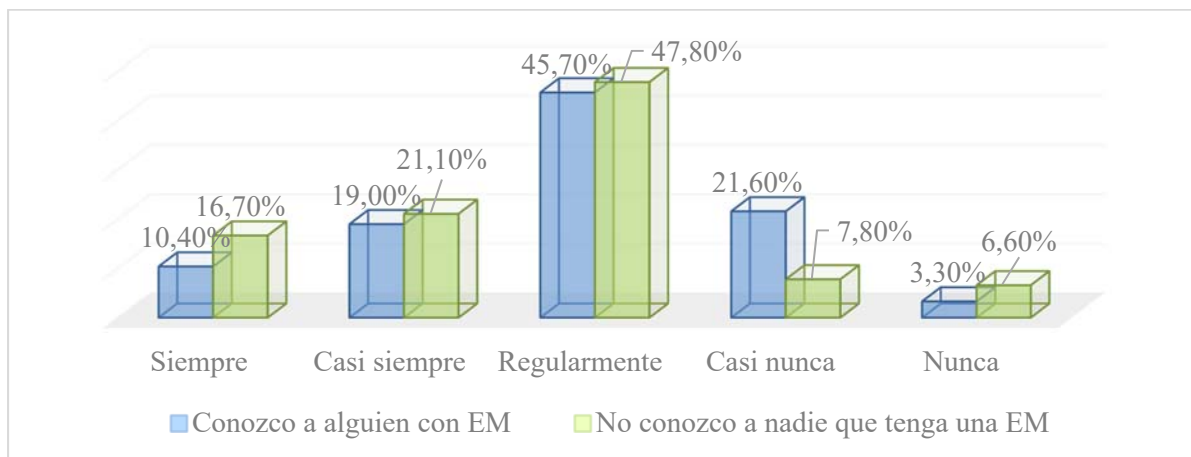
De igual manera, en cuanto a la opinión de que las personas con EM son impredecibles, los resultados estadísticos muestran que existen diferencias significativas ($p = .047$) con la opinión de las personas que no conocen a nadie con EM. Las personas que no conocen a nadie con EM las perciben que siempre y casi siempre lo son (37,80%) en mayor porcentaje en comparación con las

personas que conocen a alguien con EM (29.40%). En ambos grupos existe la idea de que regularmente son impredecibles (45.70% personas que conocen a alguien con EM frente al 47.80% de personas que no conocen a nadie con EM), estos datos indican que no estar en contacto con la EM puede dar lugar a la existencia de tener una visión estereotipada acerca de la conducta impredecible de estas personas, aunque en este caso la diferencia es mínima.

En contraste, en el grupo de personas que conocen a alguien con EM consideran que nunca o casi nunca lo son (24.90%) a diferencia de las personas que no conocen a nadie con una EM (14.40%). Finalmente, los datos demuestran que la falta de contacto con personas con EM puede influir negativamente en la percepción estereotipada de la imprevisibilidad de las personas con EM, lo que refleja la necesidad de intervenciones educativas en cuanto a la enfermedad mental y el estigma asociado para la mejora de la percepción social de las personas que sufren estas enfermedades (Figura 66).

Figura 82

Relación entre la opinión de las personas que no conocen a nadie con EM y las que no y la percepción de que son impredecibles



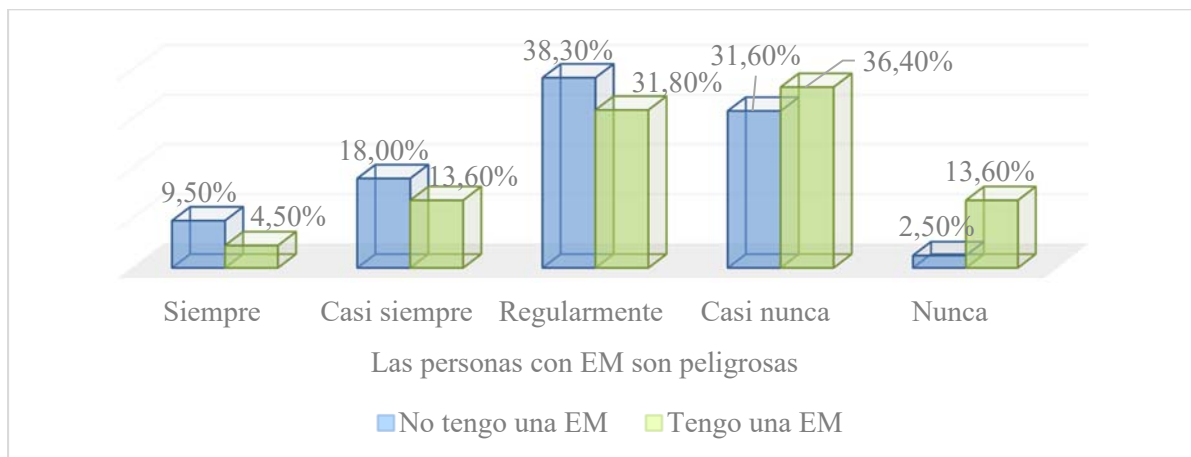
Así mismo en cuanto al estereotipo de peligrosidad, existen diferencias significativas ($p = .006$) con la opinión de los participantes que sufren una EM.

Los resultados muestran que solo el 50% de las personas con EM piensan que nunca o casi nunca no son peligrosas en contraste con el 44.10% de las personas sin EM. Además, se encontró que en ambos grupos se percibe que regularmente las personas con EM son peligrosas (31.80% personas con EM frente al 38.30% de las personas que no tienen una EM). Existen personas que perciben que son peligrosas siempre y casi siempre (18.10% personas con una EM frente al 27.50% de las personas que no tienen una EM. Estos datos indican la posible presencia de autoestigma entre los que sufren una EM y una visión estereotipada entre los que no tienen una EM.

En conclusión, los resultados revelan que la influencia de la experiencia personal de las personas con una EM puede reducir la visión estereotipada de peligrosidad, también se detecta la necesidad de educación a la población en cuanto a la persistencia de las ideas estereotipadas de peligrosidad asociadas a las personas que sufren una EM (Figura 67).

Figura 83

Relación de las opiniones de las personas que tienen una EM y las que no con la opinión de que las personas con EM son peligrosas



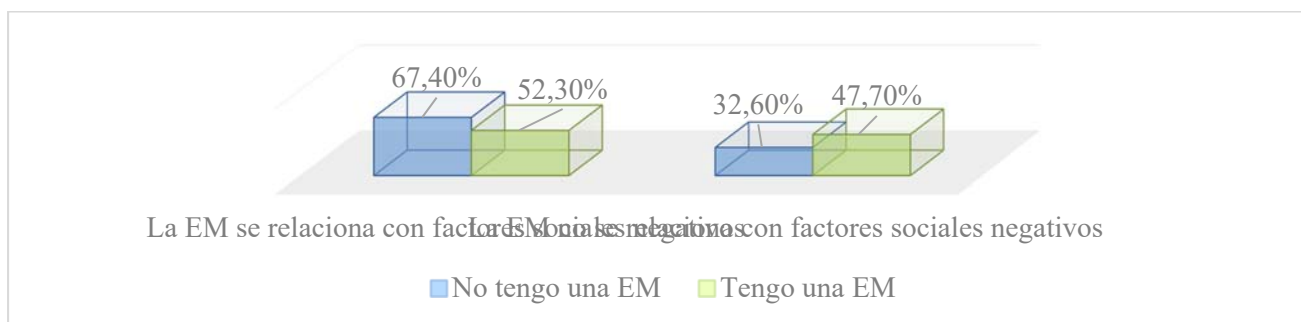
De igual manera, los resultados del chi-cuadrado muestran que existen diferencias ($p = .048$) entre las opiniones de las personas que tienen una EM y la percepción de que la EM no se relaciona con factores como con la violencia, la mendicidad, la delincuencia, las personas sin hogar y la drogadicción.

Las personas que sufren una EM son las que menos asocian estas enfermedades con estos factores sociales negativos (47.70%) a diferencia de las personas que no sufren una EM (32.60%). No obstante, los datos revelan en ambos grupos asocian la EM con la violencia, la mendicidad, la delincuencia, las personas sin hogar y la drogadicción (52.30% personas con EM frente al 67.40% personas sin una EM).

Estos resultados sugieren la presencia de asociaciones estigmatizantes con factores sociales negativos y las personas que sufren una EM. Los resultados evidencian la posible presencia de autoestigma mediante la internalización de estereotipos sociales negativos en los grupos de participantes que tienen una EM, y la presencia de estigma social en los grupos participantes que no tienen una EM. Estos resultados resaltan la necesidad de la educación en cuanto a las enfermedades mentales, con el fin de mejorar el estigma asociado (Figura 68).

Figura 84

Relación de las opiniones de las personas con EM y las que no con respecto a la asociación de la EM con la violencia, la mendicidad, la delincuencia, las personas sin hogar y la drogadicción

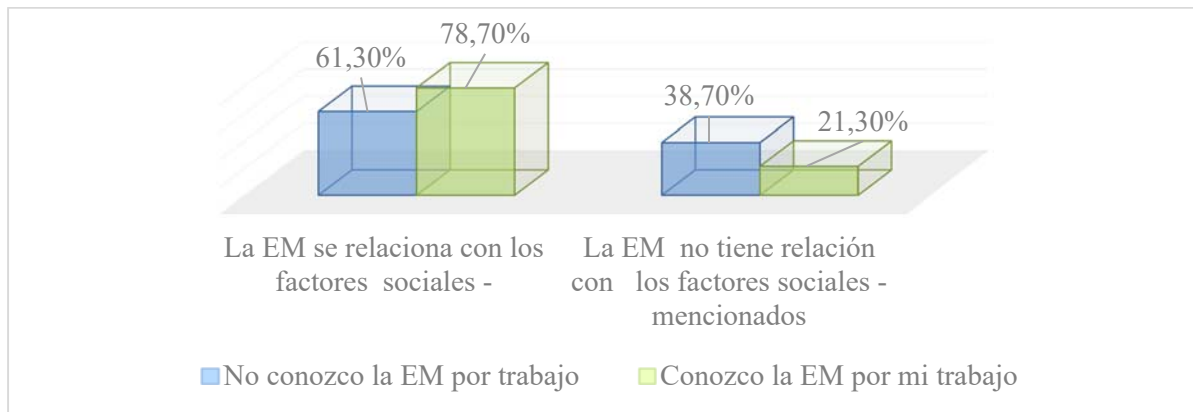


Además, en cuanto a la opinión de sí la EM se relacionaba con la violencia, la mendicidad, la delincuencia, las personas sin hogar y la drogadicción se encontró que existen diferencias significativas ($p = .003$) con la opinión de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no. Los resultados evidencian la presencia de estigma social hacia las personas con EM. En ambos grupos se percibe que la EM se relaciona con la violencia, la mendicidad, la delincuencia, las personas sin hogar y la drogadicción. (61.30% personas que no conocen la EM por trabajo y 78.70% personas que conocen la EM por trabajo). En cuanto a la idea de que no se relaciona tenemos el 38.7% de las personas que no conocen la EM por trabajo y el 21.30% de los participantes que conocen la EM por trabajo.

Las personas que trabajan con personas con EM son las que más tienen esta percepción, que podría ser el resultado de su exposición a casos graves de personas con EM lo que puede dar lugar a que exista una generalización, aunque también existe la posibilidad de que estas opiniones estén influenciadas por prejuicios o estereotipos sociales. Es evidente la presencia de estigmatización en cuanto a estos factores sociales, por lo que estos resultados muestran una necesidad de intervenciones educativas que aborden no solo la naturaleza de la enfermedad, sino también los prejuicios, estereotipos asociados a las personas que padecen estas dolencias (Figura 69).

Figura 85

Relación de las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no con la percepción de que la EM se relaciona con la violencia, la delincuencia, la mendicidad, las personas sin hogar y la drogadicción



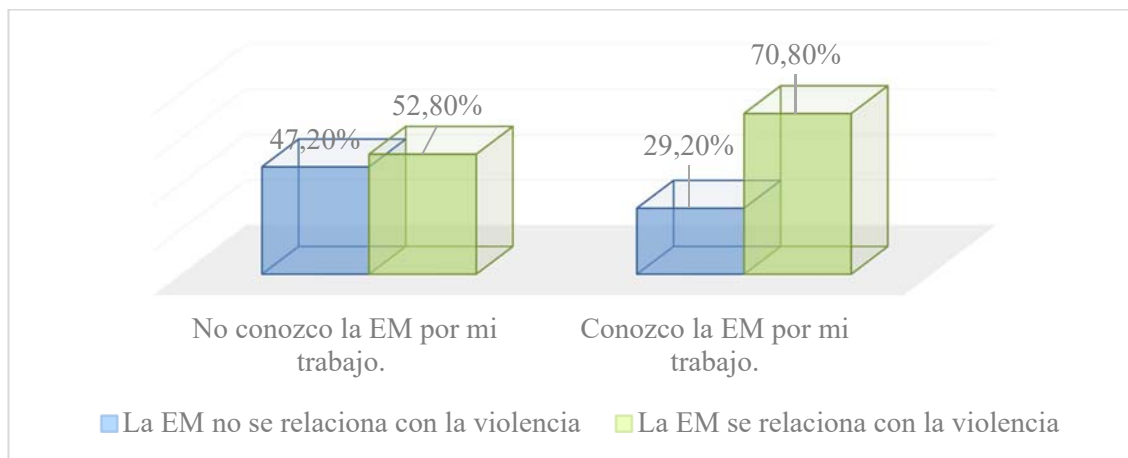
En la misma línea, los resultados de la estadística detectan que existen diferencias significativas ($p = .007$) entre la relación de la violencia con la EM y la opinión de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no. Las diferencias se encuentran en la opinión de las personas que no conocen la EM por trabajo, el 47.2% opinan que la EM no se relaciona con la violencia a diferencia del 29.2% de la opinión de las personas que conocen la EM por trabajo.

La mayoría (70.80%) de las personas encuestadas que conocen la EM por trabajo relacionan la EM con la violencia a diferencia del 29.20% de los participantes. Estos resultados se relacionan con el estigma social con el que se vincula la violencia con la enfermedad mental, provocando un estereotipo peligroso que tienen como consecuencia la discriminación de las personas con EM, reforzando la percepción de que se consideren como una amenaza para la sociedad.

El hecho de que la mayoría de las personas que trabajan con personas con EM opinen de esta manera puede reflejar la experiencia del contacto con los pacientes, cuando han experimentado episodios de comportamiento agresivo. Estos datos muestran que inclusive las personas que trabajan con personas con EM pueden tener el estigma asociado a la EM, lo que da lugar a la necesidad de educación continua y de programas de sensibilización sobre estos trastornos psicológicos, que fomenten una visión menos estereotipada de estos pacientes (Figura 70).

Figura 86

Relación entre las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no con la percepción de que la violencia se relaciona con la EM



En cuanto a relacionar la EM con la delincuencia, los resultados evidencian que existen diferencias significativas ($p = .006$) con la opinión de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no. El grupo que más (29.20%) hace esta relación son las personas que conocen la EM por trabajo a diferencia del 15.90% de las personas que no conocen la EM por trabajo. Estos datos podrían ser resultado de su experiencia directa con pacientes con EM.

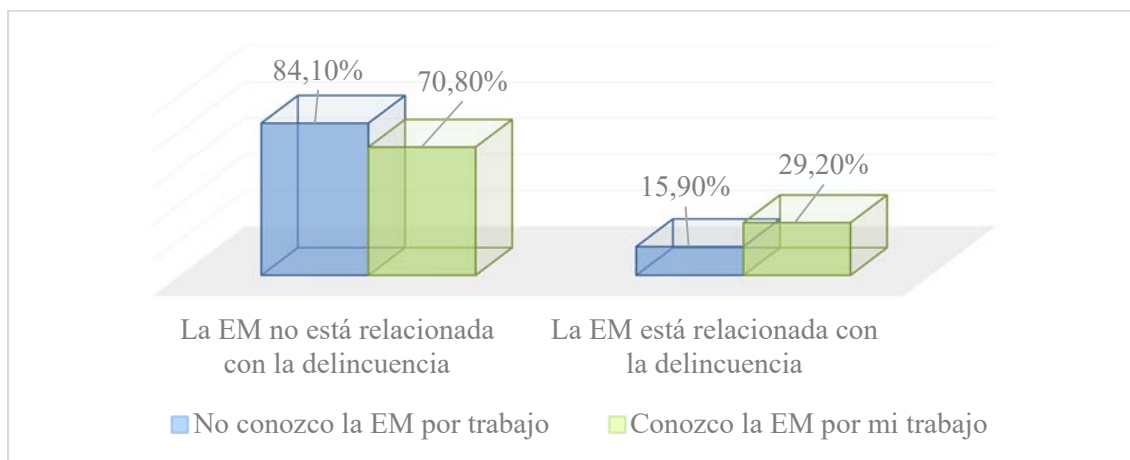
La mayoría de los participantes de la investigación no relacionan la EM con la delincuencia, los que más (84.10%) tienen esta idea son las personas que no conocen la EM por trabajo en comparación con el 70.80% de las opiniones de las personas que trabajan con personas con EM, lo que es un factor positivo en la lucha contra el estigma de la EM.

Contrario a la tendencia general, estos resultados muestran que la mayoría de los participantes independientemente de su experiencia laboral, no asocian la EM con la delincuencia, no obstante, existe una minoría de participantes que, si la asocian con las personas con EM, lo que

sugiere una necesidad de programas continuos de sensibilización y formación en temas de salud mental (Figura 71).

Figura 87

Relación entre las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no con la percepción de que las personas con EM están relacionadas con la delincuencia



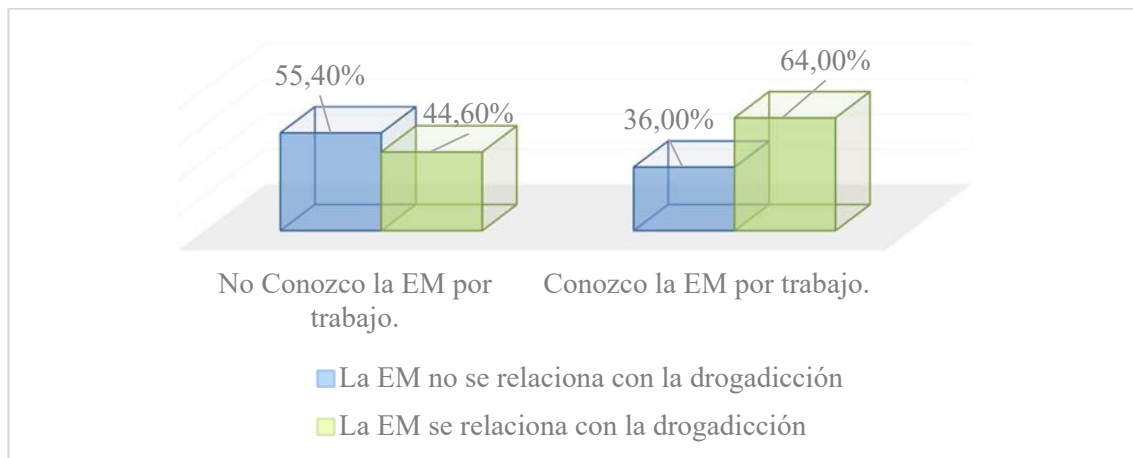
De igual manera, con relación a relacionar la drogadicción con la EM, los resultados del chi-cuadrado señalan que existen diferencias significativas ($p = .015$) con la opinión de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no. La mayoría (64%) de los participantes que conocen la EM por trabajo relacionan la EM con la drogadicción en comparación con el 44.60%, además, el 36% de las personas que trabajan con personas con EM no la relacionan en comparación con el 55.40% de participantes que no conocen la EM por trabajo.

Los resultados de la investigación evidencian la presencia del estigma social en la vinculación de las personas con EM a la drogadicción, los que más tienen esta creencia son las personas que trabajan con estas personas, lo que podría ser una influencia de la exposición de casos severos con los que están en contacto estos profesionales de la salud mental, lo que evidencia la posibilidad de que no hayan recibido la formación y sensibilización adecuada en estos casos, lo

que evidencia la presencia del estigma incluso dentro de los contextos laborales de salud mental (Figura 72).

Figura 88

Relación de las opiniones de las personas que no conocen a una persona próxima con EM y las que no y la opinión de que las personas con EM son impredecibles



En la misma línea, los resultados estadísticos muestran que existen diferencias significativas ($p = .011$) entre la opinión de las personas con una EM y la percepción de que las personas con estas enfermedades pueden cuidar de sí mismo.

Los resultados reflejan una influencia de la experiencia con la EM, las personas que tienen estas dolencias piensan que siempre y casi siempre pueden hacerlo (34.10%) en contraste con las personas que no tienen una EM (15.50%), lo que enseña que el contacto con la EM puede ayudar en la reducción de los estereotipos en cuanto a su autonomía.

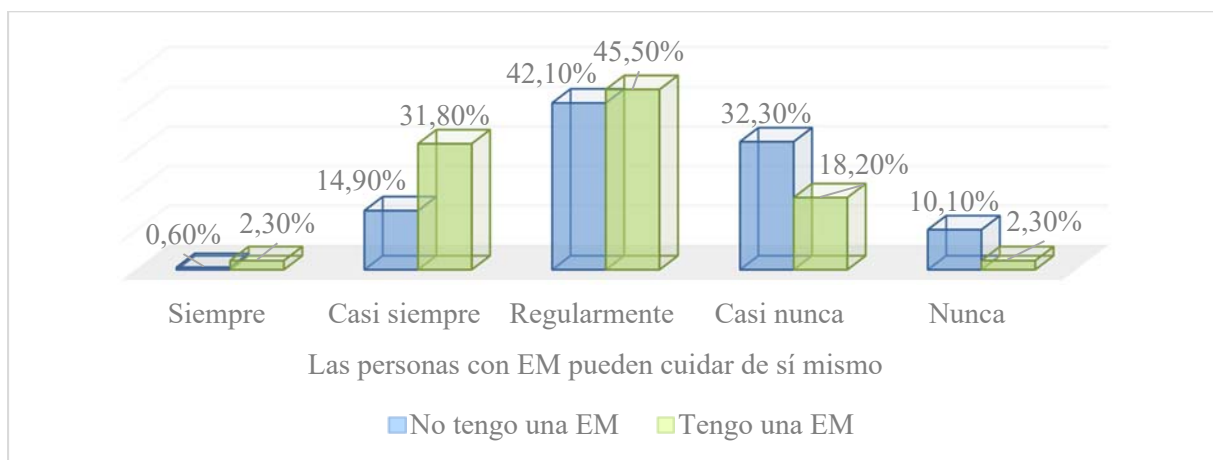
Sin embargo, en ambos grupos se encuentran personas que tienen dudas en cuanto a la capacidad que tienen de cuidar de sí misma, ya que reportan que lo pueden hacer regularmente (45,50% personas con una EM frente al 42,10% de las opiniones de las personas que no tienen una

EM). Cabe notar que existen opiniones de que nunca o casi nunca pueden hacerlo (20.50% personas con EM frente al 42.40% de las personas sin EM).

Estos datos evidencian que el conocimiento de la EM por experiencia propia puede ayudar en la reducción del estigma en cuanto a la percepción de que pueden cuidar de sí mismo, no obstante, los resultados muestran una cantidad considerable que no piensa así, lo que podría estar asociado a la presencia de autoestigma. También se detecta la necesidad de una intervención educativa en cuanto a la EM y sus estereotipos para toda la población en cuanto a la capacidad de autonomía que pueden tener las personas que padecen estas patologías (Figura 73).

Figura 89

Relaciones de las opiniones de las personas que tienen una EM y las que no y la opinión de que las personas con EM pueden cuidar de sí mismo



Así mismo, en cuanto a la idea de tener relaciones románticas con una persona con EM existen diferencias significativas ($p = .001$) con las opiniones de las personas que tienen una EM y las que no. Los resultados evidencian que las personas con EM tienen una mayor disposición a tener una relación sentimental con personas con estas dolencias, lo que se puede evidenciar en las

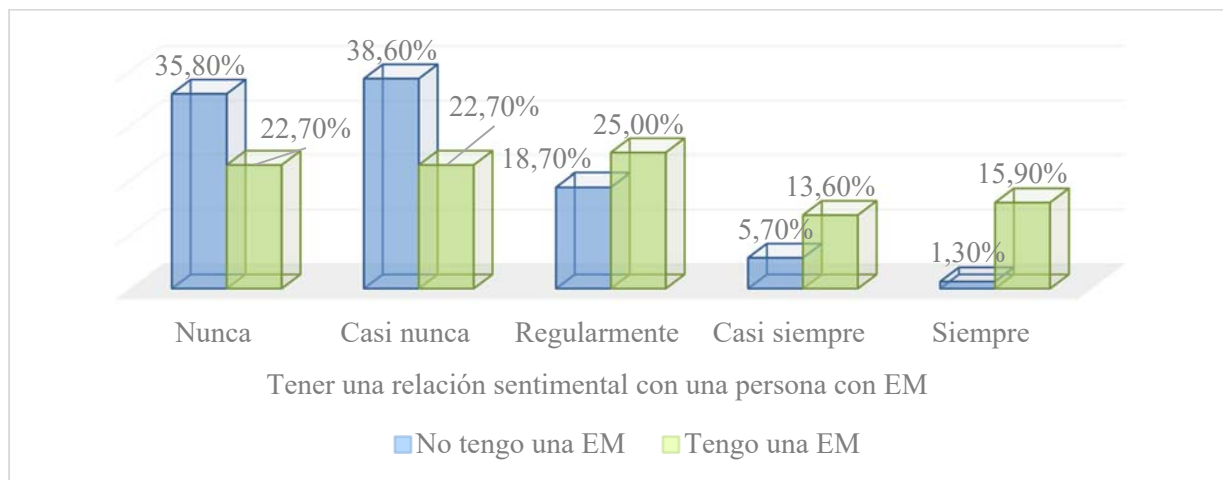
columnas de siempre y casi siempre (29.50%) en comparación con las personas que no tienen una EM (7%).

No obstante, existen personas de ambos grupos que solo lo harían regularmente (25% personas con EM y 18,70% personas sin EM). Así mismo existen participantes que nunca o casi nunca lo harían. (45.40% personas con EM y 74.40% personas sin EM).

Estos resultados señalan que la experiencia con la EM puede ayudar a reducir la discriminación y el estigma social, por otro lado, se observa un mayor estigma entre las personas que no tienen una EM, lo que sugiere la falta de educación y concienciación acerca de la enfermedad y los prejuicios sociales que la rodean (Figura 74).

Figura 90

Relación de las opiniones de las personas que sufren una EM y las que no y la posibilidad de tener una relación sentimental con una persona con EM



Otra diferencia significativa que se encontró, con relación al supuesto de tener una relación romántica con una persona con EM, los resultados del chi-cuadrado muestra que existen diferencias significativas ($p = .035$) con las opiniones de las personas que no conocen a nadie con

EM y los otros participantes. Se observa que los individuos que conocen a personas con EM estarían dispuestos siempre o casi siempre en un 11.10% en contraste con las personas que no conocen a nadie con una EM (5.50%).

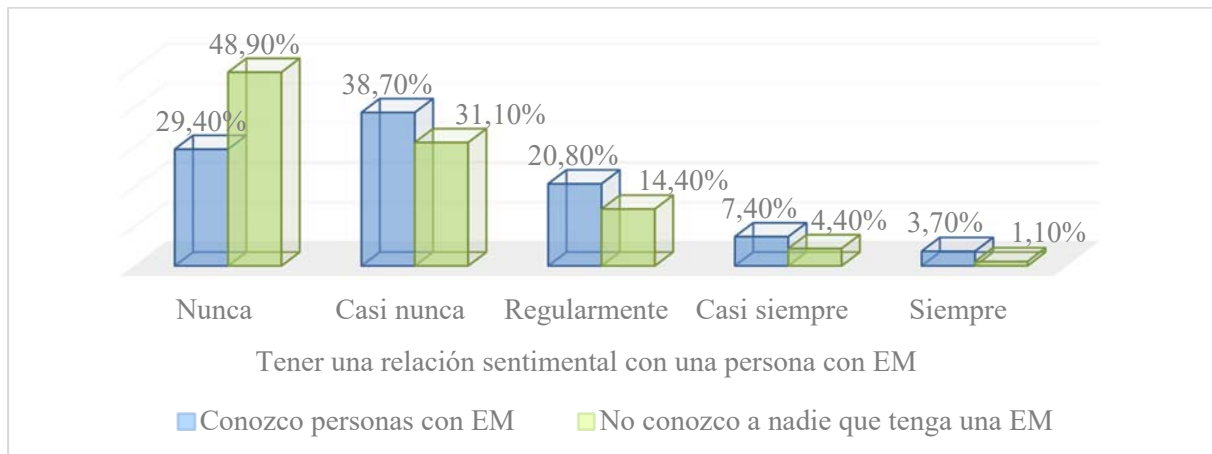
Sin embargo, los resultados evidencian que en ambos grupos solo lo harían regularmente (20.80% participantes que conocen a personas con EM y 14.40% personas que no conocen a alguien con EM). Así mismo, se observa que existen participantes que nunca o casi nunca tendrían una relación con personas con una EM. (68.10% personas que conocen a alguien con EM y 80% personas que no conocen a nadie con EM).

En resumen, los resultados constatan que existe estigma en todos los grupos, en cuanto a tener una relación romántica con individuos que padecen una EM. Es significativo que también opinen así las personas con EM, lo que podría indicar la posibilidad de que exista autoestigma, dando lugar a que estas personas tengan una visión disminuida de su capacidad de tener una relación romántica.

Es evidente, la necesidad de que existan programas de intervención con el fin de mejorar estas percepciones estigmatizantes acerca de la capacidad de tener relaciones románticas de las personas con EM, lo que podría contribuir a la reducción del estigma social y el autoestigma (Figura 75).

Figura 91

Relación de las opiniones de las personas que no conocen a nadie que tenga una EM y las que no y la opinión de tener una relación sentimental con una persona con EM



Así mismo, con referencia a la idea de obligar a las personas a tener un tratamiento médico para la EM, se detectó que existen diferencias relevantes ($p = .022$) entre las opiniones de las personas que no conoce a alguien con EM y las que sí. Los participantes que no conocen a nadie con EM opinan que nunca o casi nunca se lo debería hacer (12.20%) a diferencia de las personas que sí conocen a una persona con EM (27.10%).

Sin embargo, en los dos grupos existen participantes que opinan que regularmente se debería obligar a las personas con EM a que tengan un tratamiento médico (26,80% personas que conocen a alguien con EM en contraste con el 20% de las personas que no conocen a nadie con EM). De igual manera se detecta que hay participante que opinan que siempre y casi siempre se los debería obligar. (46.10% personas que conocen a individuos con EM en contraste con el 67.80% de participantes que no conocen a nadie con EM).

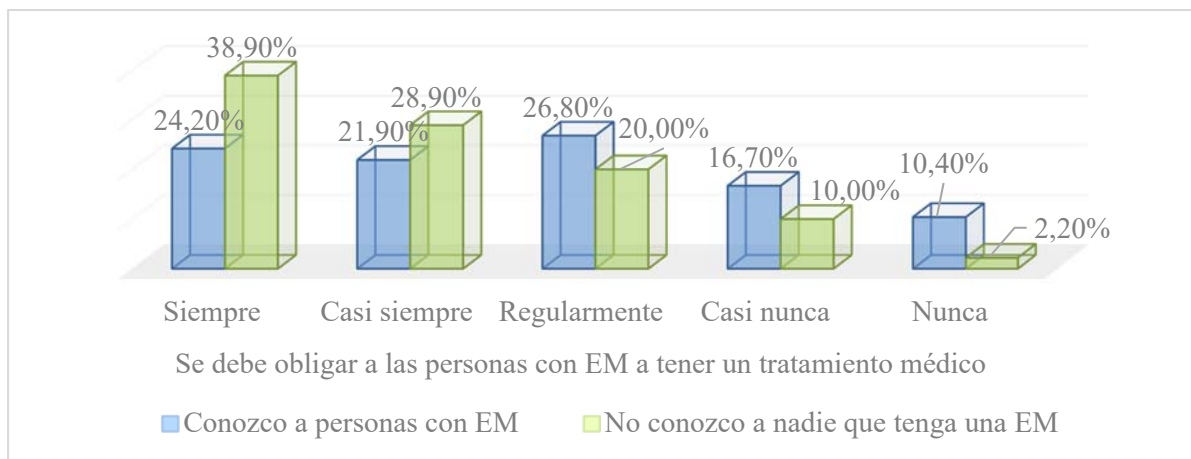
Los resultados muestran una influencia del impacto del contacto con las personas con EM, en los resultados de los participantes que conocen a alguien con EM se observa una distribución más equilibrada de sus respuestas con un 24.20% en la opción de siempre y un nunca se los debería obligar con un 10.4%, a diferencia de la muestra que no conoce a nadie con una EM (38.90% siempre y un 2.20% en la opción de nunca). En contraste, las personas que no conocen a alguien

con EM son las que más reportan estar de acuerdo con imponer la obligatoriedad del tratamiento a las personas con EM, lo que puede ser producto de la existencia de estereotipos como la peligrosidad y violencia de las personas con EM.

En conclusión, la familiaridad con personas que sufren una EM puede promover actitudes menos coercitivas con relación a obligar a las personas con EM a que tengan un tratamiento médico. Estos resultados evidencian la necesidad de facilitar el contacto con personas con EM con el fin de desmitificar el estigma asociado a estas enfermedades y a una educación pública acerca de estas dolencias y de las personas que las padecen (Figura 76).

Figura 92

Relación de las opiniones de las personas que no conocen a nadie con EM y las que no con relación a la obligatoriedad del tratamiento médico en pacientes con EM



En la misma línea, de contratar a personas con una EM los resultados del chi cuadrado muestran que existen diferencias significativas ($p = .046$) entre las opiniones de las personas que tienen una EM y las que no. Se observa que las personas con EM tienen una mayor tendencia a la idea de la contratación de personas con EM lo que se observa en las columnas de siempre y casi siempre (45.4%) en comparación con las opiniones de las personas sin una EM (28.40%).

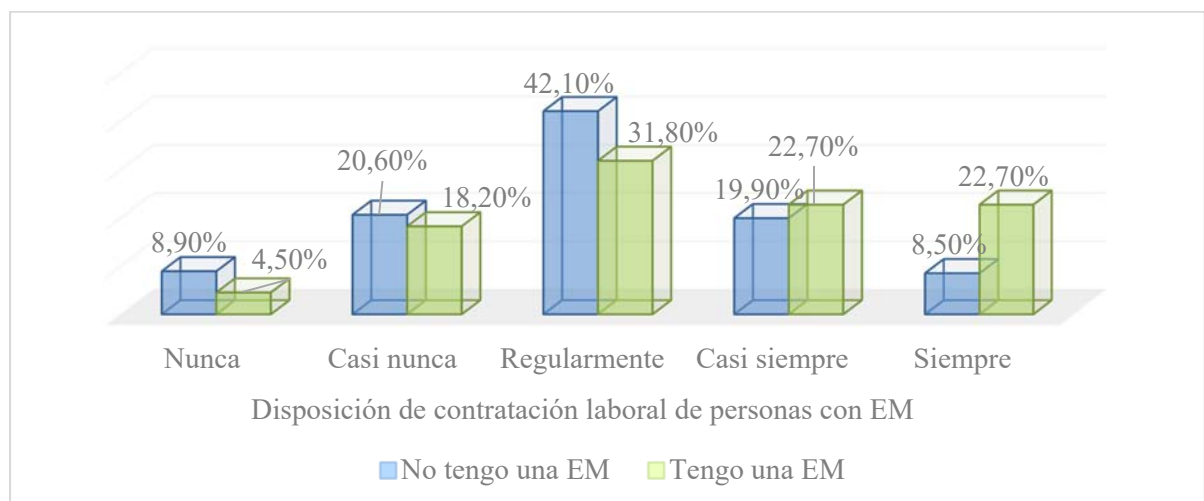
Sin embargo, en ambos grupos existen participantes que reportan que lo harían solo regularmente (42.10% personas sin una EM y 31.80% personas con EM). De igual manera se observa que hay participantes que nunca o casi nunca lo harían (22.70% personas con EM y 29.5% personas sin EM).

Estos resultados evidencian que la experiencia personal con la EM influye positivamente en la lucha contra el estigma con relación a la percepción de que las personas con EM no pueden trabajar. Sin embargo, el hecho de que hay personas con EM que nunca o casi nunca lo harían muestra la presencia de autoestigma al dudar de las capacidades laborales de estas personas.

En contraste, existen personas que muestran que tienen la imagen estereotipada de que las personas con EM no pueden tener responsabilidades labores, lo que da lugar a la actitud discriminatoria, lo que evidencia la necesidad de educación acerca de la EM y del estereotipo de que las personas con EM no pueden trabajar (Figura 77).

Figura 93

Relación de las opiniones de las personas que sufren EM y las que no con la disposición de contratación laboral de las personas con EM



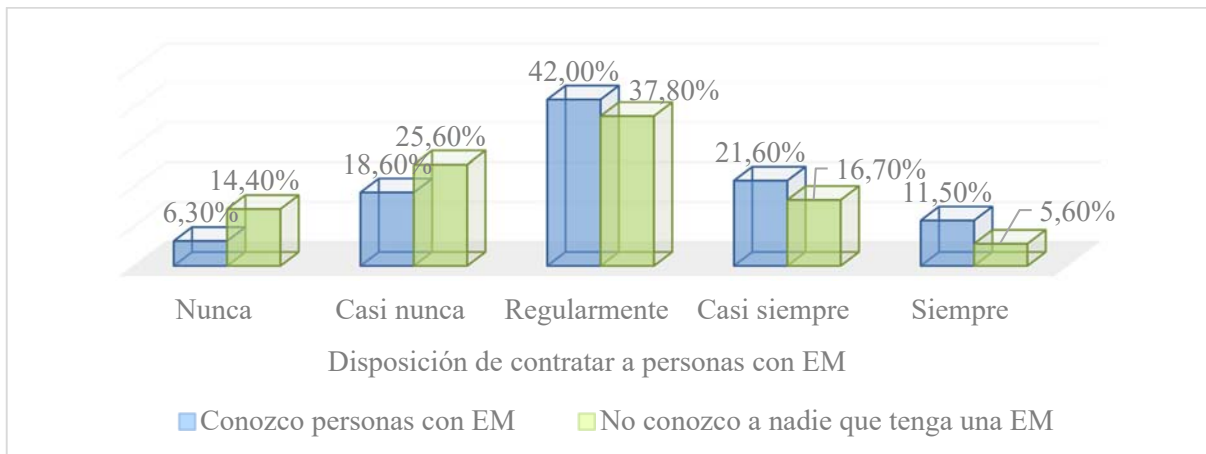
Otra relación significativa que se detectó en cuanto a la posibilidad de la contratación laboral de las personas con un EM, los resultados del chi-cuadrado muestran que existen diferencias significativas ($p = .014$). Los ciudadanos ecuatorianos que conocen a una persona con EM están más dispuestos a contratarlos siempre y casi siempre (33.10%) en comparación con las personas que no conocen a una persona con EM (22.30%).

No obstante, en ambos grupos hay personas que solo los contratarían regularmente (42% personas que conocen a alguien con EM en contraste con el 37.80% de las personas que no conocen a individuos con EM). Así mismo, se detecta que hay participantes que nunca o casi nunca lo haría (24.90% personas que conocen a alguien con EM a diferencia del 40% de las personas que no conocen a nadie con EM).

En resumen, los resultados muestran que las personas que conocen a una persona con EM tiene un impacto positivo en la mejora del estigma en cuanto a la percepción de que las personas con EM no pueden trabajar, lo que sugiere que el contacto con estas personas puede reducir estereotipos y prejuicios, a diferencia de las opiniones de las personas que no han tenido contacto alguno con estas personas que muestran una mayor desconfianza en cuanto a la percepción de la capacidad laboral de estas personas (Figura 78).

Figura 94

Relación de las opiniones de las personas que no conocen a nadie que tenga un EM y las que si con la disposición de contratación de personas con EM



De igual manera, con relación a la contratación laboral, los resultados del chi-cuadrado muestran que existen diferencias significativas ($p = .041$) con las opiniones de quienes conocen la EM por trabajo y las que no. Los datos muestran que las personas que conocen la EM por trabajo estarían más dispuestas a contratarlos siempre y casi siempre (36%) a diferencia de las personas que no conocen la EM por trabajo (28.8%).

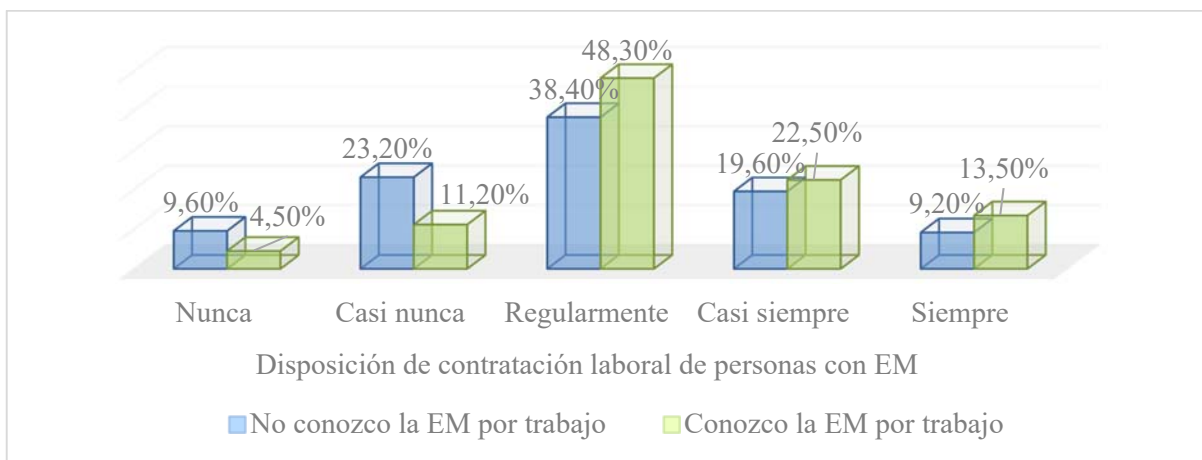
No obstante, en ambos grupos se observa que solo lo harían regularmente (El 38.40% de personas que no conocen la EM por trabajo en contraste con el 48.30% de personas que conocen la EM por trabajo). De igual manera hay participantes que nunca o casi nunca contratarían a una persona con EM. El 25.70% personas que conocen la EM por trabajo a diferencia del 32.80% de las personas que no conocen la EM por trabajo.

Los resultados evidencian una diferencia en cuanto a la disposición de contratación laboral de personas con EM, la mayor disposición de hacerlo está en el grupo de las personas que conocen la EM por trabajo, lo que podría ser resultado del contacto con estas personas y un conocimiento más asertivo acerca de las capacidades laborales de estas personas, lo que en conjunto podría indicar que fomenta actitudes más inclusivas y menos discriminatorias. Sin embargo, los resultados también señalan la necesidad de intervenciones educativas y de sensibilización hacia

las personas con EM que ayuden a contrarrestar los estereotipos y las actitudes discriminatorias (Figura 79).

Figura 95

Relación de las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que con la disposición de la contratación laboral de personas con EM.



En la misma línea, en relación con la disposición de prestar ayuda a las personas con EM, los resultados evidencian que existen diferencias significativas ($p = .021$) con las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no. La mayoría de los participantes en la investigación estarían dispuestos a ayudar a las personas con una EM. Se observa una mayor disposición a prestar ayuda entre los ciudadanos ecuatorianos que conocen la EM por trabajo, están dispuestos a prestar ayuda siempre o casi siempre (85.40%) a diferencia de las personas que no conocen la EM por trabajo (71.60%).

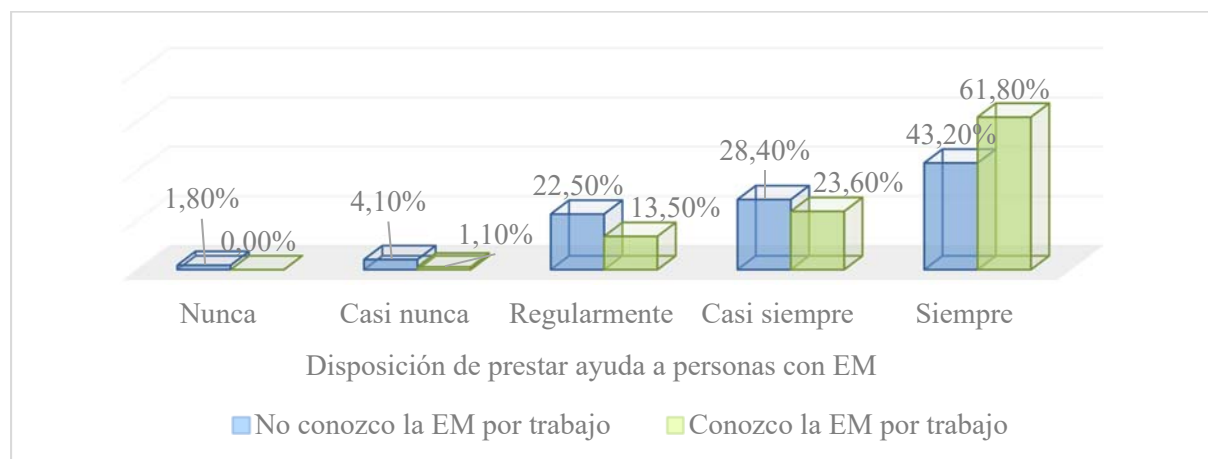
No obstante, en ambos grupos existen personas que solo lo harían regularmente: el 22.50% de quienes no conocen la EM por trabajo, en contraste con el 13.50% de quienes sí la conocen por moritos laborales). Una minoría de participantes manifiestan que nunca o casi nunca lo harían

(1.10% personas que conocen la EM por trabajo en contraste con el 5.90% de las personas que no conocen la EM por trabajo).

En conclusión, se evidencia el impacto positivo que tiene el conocer a las personas con EM y tener un conocimiento de la EM de parte de los ciudadanos ecuatorianos que conocen la EM por trabajo, en cuanto a prestar ayuda y apoyo a estas personas. Estos resultados señalan la necesidad de estrategias de reducción del estigma que promuevan la educación pública acerca de la EM y programas de sensibilización que eduquen sobre las necesidades y capacidades de las personas con EM podrían ayudar a combatir el estigma social existente hacia estas personas, además de promover la interacción social con estas personas (Figura 80).

Figura 96

Relación acerca de la disposición de prestar ayuda a las personas con EM y las opiniones de las personas que conocen la EM por trabajo y las que no



Seguidamente, se presentan los resultados de la hipótesis 2, donde se examina cómo la experiencia con el contacto con personas con EM puede modificar actitudes y creencias sobre estas condiciones. Los datos obtenidos dan información clave sobre cómo estas interacciones pueden influir en la percepción de la EM y de las personas que la sufren.

3.5.5.1 Conclusiones de la hipótesis 2

Los resultados señalan que aquellos que tienen una enfermedad mental parecen tener una mayor tendencia a no ver la EM como algo excepcional, sino como una enfermedad igual que las demás (Chi cuadrado $<0,001$), su experiencia personal los hace percibirla como algo normal, así mismo las personas que conocen la EM por trabajo también la consideran como cualquier otra dolencia (Chi cuadrado $<0,001$). En contraste las personas que no conocen a nadie con una EM (67.80%) la perciben de manera estigmatizante y consideran que no es como otra enfermedad. Estos datos plantean que la experiencia directa con estas enfermedades psicológicas podría ayudar a tener una comprensión más acertada en cuanto a la naturaleza de la enfermedad y, por lo tanto, podría reducir el estigma asociado a las personas que sufren una enfermedad mental.

3.5.5.1.1 Contacto y conocimiento sobre la enfermedad mental

La influencia del contacto directo con personas con EM y el conocimiento de la patología, ha sido ampliamente estudiado en investigaciones previas. Esta sección analiza cómo las variables contacto y conocimiento interactúan para influir en los conocimientos, los prejuicios, los estereotipos y las actitudes discriminatorias hacia el estigma de las personas que sufren una EM.

La percepción de la EM como discapacidad intelectual

Los datos obtenidos del chi cuadrado evidencian una diferencia significativa entre las opiniones de las personas con y sin EM. La mayoría de los participantes que están afectados con una EM del estudio (90.90%) no perciben la EM como una discapacidad intelectual. Estos resultados evidencian que la experiencia personal con estas patologías les ayuda a tener un conocimiento más acertado en cuanto a su naturaleza a diferencias de los otros ciudadanos ecuatorianos. En esta misma línea están las personas que conocen la EM por trabajo ($p = .001$) debido a su contacto con estas personas, conocen que estas patologías no son una discapacidad

intelectual. En contraste con estos resultados, un porcentaje considerable (44,40%) de las personas que no conocen a nadie con una EM confunden la EM con discapacidad intelectual.

Opiniones en cuanto a la curación de la EM

De acuerdo con el análisis de los datos la mayoría de los ciudadanos ecuatorianos consideran que la EM tiene cura, los que tienen esa percepción son las personas que no conocen a nadie ($p = .025$ y $p = .19$) en relación con las opiniones de las personas que conocen a una persona próxima con una EM. Estos resultados podrían estar influenciados por la falta de conocimiento de la EM y por el estigma, al minimizar los efectos de la enfermedad en la vida de las personas con EM.

Atribución de la EM al consumo de drogas

De acuerdo con los hallazgos de la investigación un porcentaje mayoritario ($p = .001$) de las personas que conocen la EM por trabajo atribuyen a su etiología al consumo de drogas por parte de los pacientes con estas dolencias. Estos datos podrían ser el resultado de la exposición directa de los trabajadores de la salud mental a ciertos casos a los cuales han estado expuestos, lo que indica la necesidad de programas de intervención y actualización dentro de las personas que trabajan con personas con EM.

Atribución de la EM al estrés

De acuerdo con la información recabada del Chi cuadrado las personas que participan en la investigación y tienen una EM (68,20%) atribuyen al estrés su origen, de igual manera, las personas que conocen la EM (64%) por trabajo también lo atribuye como uno de sus orígenes. En contraste las personas que no conocen a nadie con una EM (63,30%) consideran que no la causa, percepción que podría ser el resultado de una falta de comprensión por parte de este grupo que los factores psicosociales pueden afectar la salud mental de los individuos.

Atribución de la EM a un trauma en la niñez

Los hallazgos del estudio señalan que la mayoría de las personas que padecen una EM (77,30%) y las personas que trabajan con personas con EM (67,40%) atribuyen el origen de la EM a los traumas sufridos en la niñez. A diferencia de estos hallazgos, las personas que no conocen a nadie con una EM (53,30%) piensan que no las origina. Estos resultados muestran que la experiencia personal con la enfermedad y el contacto por trabajo puede ayudar a tener una comprensión más acertada en cuanto a que los traumas pueden desencadenar una EM.

Otras atribuciones etiológicas de la EM

Los hallazgos del estudio evidencian que la mayoría de las personas que trabajan con personas con EM (89,70%) opinan que una infección no puede originar una EM. De igual manera, de acuerdo con los datos obtenidos en la investigación la mayoría de los participantes opinan que un problema en el parto o en el embarazo no puede originar una EM, los que más tienen esa opinión son las personas que no conocen a nadie con una EM (83,30%) y las personas que conocen la EM por trabajo (59,60%). Estos datos evidencian una percepción del origen de la EM basado en el conocimiento y experiencia de estos participantes de la investigación.

Atribución de la EM a una alteración en la biología del cerebro

Las personas que conocen a una persona con EM (84,50%) piensan que una alteración en la biología del cerebro puede ser una causa de EM, lo que podría ser una percepción menos estigmatizante y comprensiva acerca de las causas biológicas de estas enfermedades.

Opiniones acerca de los tratamientos más eficaces para la EM

Las evidencias del cálculo estadístico muestran que las personas que trabajan con personas que sufren una EM, en su mayoría (86,50%) piensan que los tratamientos más eficaces son los

fármacos, lo que podría ser resultado de la experiencia y la exposición profesional a casos de personas con EM.

Opiniones acerca del abandono del tratamiento de la EM y la percepción que solo se debe tratar cuando haya síntomas

De acuerdo con las inferencias del estudio las personas que no conocen a alguien con una enfermedad mental (63,30%) piensan que abandonar el tratamiento no puede ser perjudicial, en contraste, con las personas que han tenido contacto con una persona que padece una EM (60,20%) y las personas que trabajan con personas con una EM (66,30%) opinan que abandonar un tratamiento de una EM puede ser perjudicial para el paciente. En relación con que la EM se debe tratar, aunque no haya síntomas, los que más tienen este conocimiento son las personas que conocen la EM por trabajo (88,80%). Estos datos evidencian la influencia positiva de un mejor conocimiento de la EM y sus tratamientos de parte de las personas que han tenido contacto con la EM por relaciones cercanas o por trabajo.

Uno de los obstáculos para diagnosticar la EM es la dificultad de acceder al sistema sanitario

El análisis de datos muestra que la mayoría de las personas que conocen a alguien con una EM (53,90%) y las que conocen la EM por trabajo (60,70%) piensan que un obstáculo para el diagnóstico de estas enfermedades es la dificultad de poder acceder al sistema sanitario. A diferencia de las personas que no conocen a nadie con una EM (72,20%), la mayoría considera que no es difícil tener atención médica en el sistema sanitario.

Estos hallazgos podrían reflejar el nivel de conocimiento que tienen las personas que han tenido contacto con personas con EM, en cuanto a los desafíos que enfrentan estas personas en su búsqueda de un tratamiento para sus dolencias.

Existen herramientas para detectar la EM

Los resultados evidencian que el grupo que más cree (93,30%) que existen herramientas para identificar la EM son las personas que no conocen a nadie con EM, lo que podría reflejar una falta de conocimiento y contacto con la enfermedad mental.

Conclusiones del contacto y conocimiento sobre la EM

Los resultados de la investigación evidencian que la percepción de la enfermedad mental como discapacidad intelectual varía notablemente en función del contacto con personas con EM. La mayoría de las personas que conocen a alguien o que trabajan con estas personas, reconocen que la EM no es una discapacidad intelectual. Estos hallazgos confirman que conocer a personas con EM ayuda en una comprensión más precisa y menos estigmatizante de la enfermedad. En contraste, los participantes que no conocen a personas con EM la confunden como una discapacidad intelectual, lo que evidencia la influencia negativa de la falta de información y la falta de contacto con personas con EM.

De igual manera, las creencias sobre la curación de la EM y sus causas difieren según el grado de contacto que han tenido con personas con estas dolencias. Las personas que no conocen a personas con EM piensan que la EM tiene cura y tienen creencias acerca de su origen menos fundamentado, a diferencia de las personas que conocen o trabajan con personas con EM, reconocen la complejidad de la enfermedad y atribuyen su origen a factores biológicos, psicosociales y experiencias traumáticas, evidenciando una comprensión más integral y acertada de la EM.

En cuanto a los tratamientos de la EM, los participantes que trabajan con estas personas, opinan que los tratamientos farmacológicos son más eficaces y están más conscientes que abandonar el tratamiento puede ser perjudicial. Así mismo, se identifican diferencias en la

percepción de las barreras para el diagnóstico y el acceso al sistema sanitario. Siendo más conscientes de estas dificultades los participantes que tienen contacto cercano con personas con EM. Estos resultados muestran la influencia positiva del contacto directo con las personas con EM, dando lugar a una comprensión más realista e integral de lo que es una enfermedad mental, en cuanto a su origen y tratamientos.

3.5.5.1.2 Prejuicios y contacto

Evitación de las personas con EM

De acuerdo con los resultados del chi-cuadrado, los grupos de personas que menos evitan tener contacto con individuos con EM son las personas con EM ($p = .039$) y las personas que conocen la EM por trabajo ($p = .001$).

Diálogo con personas con EM

Con relación a mantener un diálogo con personas con EM, el grupo que más reporta tener dificultades son las personas que no conocen a nadie con una EM (55.50%), en contraste con las personas que conocen la EM por trabajo (63.90%) que nunca o casi nunca las tienen.

Internamiento psiquiátrico

En cuanto al internamiento psiquiátrico de las personas con EM, la mayoría de las personas que conocen a alguien con EM (51.70%) y las que conocen la EM por trabajo (61.70%) reportaron que nunca o casi nunca es necesario, esta medida de aislamiento social para los pacientes con EM.

Conclusiones en cuanto a los prejuicios hacia las personas con EM

Los resultados obtenidos en los cruces de variables, constatan que los participantes que trabajan con personas con EM o han tenido contacto directo, influye significativamente en la disminución del estigma hacia la EM, evidenciándose menos actitudes evitativas, y una mayor

disposición de diálogo y contacto social con estas personas. Además, ambos grupos tienen una visión menos restrictiva en cuanto al internamiento psiquiátrico de las personas con EM, lo cual sugiere que dentro de las campañas educativas de la EM y de estigma, se debe fomentar el contacto con estas personas, lo que puede mejorar los prejuicios hacia estas personas y la EM.

Por el contrario, las personas que no conocen a personas con EM reportaron tener mayores dificultades para entablar diálogo, señalando la existencia de barreras comunicativas asociadas a los prejuicios y a la falta de información.

Con relación al internamiento psiquiátrico, las personas que conocen personas con EM por cercanía o por trabajar con ellas, consideran innecesario el internamiento, lo que refleja una visión menos estigmatizantes y orientada a la integración comunitaria de estas personas.

En conclusión, estos hallazgos, evidencian la importancia de fomentar el contacto social con personas con EM para promover actitudes más inclusivas y reducir el estigma hacia la EM.

3.5.5.1.3 Estereotipos y contacto

Conducta impredecible de las personas con EM

Los datos evidencian que la mayoría de las personas que ha tenido contacto con personas con EM perciben que las personas con EM tienen una conducta impredecible: el 52,20% de las personas que sufren una EM, el 74.30% de las personas que conocen a una persona con EM y el 85.60% del grupo que no conoce a nadie con una EM. Estos resultados indican que el desconocimiento y la falta de contacto directo con personas con EM se asocian con una mayor tendencia a mantener los estereotipos de imprevisibilidad de las personas con estas enfermedades.

Peligrosidad de las personas con EM

En cuanto al estereotipo de peligrosidad de las personas con EM, solo el 50% de las personas que la sufren piensan que no lo son ($p = .006$).

En este mismo grupo, el 52,30% de las personas con EM y el 78.70% de las personas que conocen la EM por trabajo la relacionan con la violencia, la mendicidad, la delincuencia, las personas sin hogar y la drogadicción.

Así mismo, las personas que conocen la EM por trabajo la relacionaron en su mayoría (64%) con la drogadicción ($p = .015$) y con la violencia (70,80%; $p = .007$).

Sin embargo, la mayoría de las personas que no conocen la EM por trabajo no relacionaron la EM con la delincuencia (84.10%; $p = .006$).

Con relación a sí las personas con EM podían cuidar de sí mismo la mayoría de las personas con EM piensan que no lo pueden hacer (79.60%; $p = .011$) regularmente, nunca o casi nunca.

Conclusiones acerca del contacto con personas con EM y los estereotipos

Los resultados del cruce de variables, indican la persistencia de estereotipos negativos en cuanto a las conductas impredecibles y la peligrosidad de las personas con EM. Los datos comprueban que las personas que no conocen a nadie con EM tienden en su mayoría a percibir que este grupo de la población es impredecible y peligroso. Estos resultados se encontraron incluso entre las personas que han tenido contacto personal o profesional con estas personas, lo que muestra la necesidad de programas de intervención educativa, aun entre los trabajadores de la salud, para mejorar la percepción social de las personas con EM, para desmitificar los estereotipos de imprevisibilidad y peligrosidad.

3.5.5.1.4 Discriminación y contacto

Según los resultados del chi-cuadrado, con una leve mayoría (54.60%) las personas con EM tendrían una relación romántica ($p = .001$) con otra persona con su misma condición de salud.

Las personas que no conocen a nadie con una EM en su mayoría (80%) no tendrían una relación romántica con una persona con EM ($p = .035$).

En cuanto a obligar a las personas con EM a tener un tratamiento, aunque no quieran, las personas que no conocen a nadie con estas dolencias en su mayoría (87.80%) piensan que se debería obligar a que lo tengan regularmente, siempre o casi siempre. ($p = .022$).

En cuanto a la disposición de contratar personas con una EM lo harían regularmente, siempre y casi siempre las personas que sufren una EM en un 87.5% ($p = .046$). Así mismo las personas que conocen a una persona con una EM (75.10%) ($p = .014$) y en un 84% ($p = .041$) lo harían las personas que conocen la EM por trabajo.

Con relación a prestar ayuda a una persona con EM regularmente, siempre y casi siempre, los resultados evidencian que las personas que conocen la EM por trabajo estarían dispuestos hacerlo en un 97.90% ($p = 0.021$).

Conclusiones acerca de la discriminación y el contacto con las personas con EM

Los resultados del cruce de variables, señalan que el contacto directo con personas con EM influye significativamente en la reducción del estigma social y las actitudes discriminatorias. Se observa que quienes tienen contacto personal o profesional muestran una mayor apertura a la contratación laboral y a tener relaciones de amistad con las personas con EM.

En cuanto a las relaciones de pareja, los que más estarían dispuestos son las personas con EM, no obstante, existe una cantidad considerable (45,40%) de este grupo que no estaría

dispuesto, lo que refleja una actitud ambivalente en este aspecto, en contraste, con la mayoría de personas que no conocen a nadie con esta condición, rechazaron la posibilidad de tener una relación de pareja con estas personas.

Con relación a imponer una obligatoriedad de un tratamiento médico, los que no conocen a nadie, tienen una visión más paternalista y restrictiva, en comparación con los participantes que han tenido contacto.

Estos resultados confirman, la necesidad de diseñar estrategias educativas mediante el contacto social positivo con personas con EM, con el fin de superar las barreras de discriminación y exclusión social.

Cuarta Parte

Discusión general del estudio

El estigma hacia la EM es un tema relevante dentro del campo de investigación científica en cuanto a salud mental, ya que afecta a millones de personas en todo el mundo. Los estudios analizados en el capítulo 3, Modelos Teóricos de estigma social, y el capítulo 4, Estudios Científicos acerca de la EM y el Estigma Social, han demostrado que las personas con trastornos mentales enfrentan, además de su enfermedad, barreras sociales que se evidencian en los prejuicios, estereotipos y exclusión social que afectan su vida.

La discusión aborda los conocimientos de los participantes sobre la EM, la existencia de los prejuicios, los estereotipos, las actitudes discriminatorias y el impacto del contacto con personas con EM en la reducción del estigma. Al mismo tiempo, este capítulo de Discusión contextualiza los hallazgos obtenidos en este estudio en relación con investigaciones previas, con el fin de ofrecer una comprensión más profunda de las dinámicas que perpetúan el estigma hacia las personas con EM y sus consecuencias en la vida diaria de quienes padecen estas patologías.

4.1 Conocimiento y concepciones de la EM

4.1.1 Naturaleza de la EM

Los resultados de este estudio encontraron que cerca de la mitad de los participantes tienen un conocimiento limitado sobre lo que es una enfermedad mental. Este desconocimiento evidencia una falta de educación y concienciación acerca de la salud mental. En sintonía con estos resultados, investigaciones como la de Ruiz et al. (2012) en Sevilla, España y Mehta et al. (2009), Inglaterra y Escocia, encontraron que las personas tenían una falta de conocimiento de estas enfermedades. En el estudio de Ruiz et al. (2012) se destacó que muchos participantes afirmaron que conocían la EM, sin embargo, la mayoría desconocía los aspectos básicos como los síntomas, tratamientos, así mismo, Mehta et al. (2009) concluyeron que los prejuicios hacia la EM detectados eran debido a

un conocimiento limitado de la población acerca de los trastornos psicológicos. Además, Cook y Wang (2010) en su estudio acerca de la depresión realizada en Alberta, Canadá concluyeron que la desinformación sobre la EM era una de las principales barreras para reducir el estigma.

4.1.2 Creencias sobre el origen

En cuanto al origen de la EM, los hallazgos de esta investigación muestran que existen creencias prejuiciosas. La mayoría de los participantes del género masculino (55,40% - $p = .014$) asociaron la etiología de la EM con el consumo de drogas, atribuyendo su origen como consecuencia de una elección personal. Estos resultados se alinean con los estudios de la OMS (2002) donde concluye que la EM está asociada a prejuicios y que es necesario promover la educación sobre la salud mental para cambiar estas creencias que perpetúan el estigma. Así mismo coincide con el análisis de Jones et al. (1984) cuyo estudio se realizó en Estados Unidos, quienes argumentan que la sociedad clasifica el estigma considerando si la enfermedad es culpa de la persona, si es intencional, o accidental.

4.1.3 Percepciones sobre los tratamientos

Con relación a la eficacia de los tratamientos para la EM, los resultados de la investigación señalaron que los participantes perciben que los más eficaces son los psicológicos, seguido por los farmacológicos y el internamiento psiquiátrico, resultados que son similares a los que encontraron Ruiz et al. (2012) donde concluyen que los participantes atribuyeron mayor eficacia a los tratamientos psicológicos y farmacológicos.

En cuanto a la opinión de que se debería obligar a las personas con EM a tener un tratamiento médico, los datos obtenidos de la estadística descriptiva evidencian que la mayor parte de los encuestados (76.70%) piensan que se debe obligar a las personas que tienen una EM a que tengan un tratamiento (figura 26), lo que podría reflejar la presencia de estereotipos y estigma,

ante la asociación de la EM con la violencia y la peligrosidad. Este resultado coincide con el estudio de Kenny et al. (2018) que se llevó a cabo en Nueva York, Estados Unidos, los participantes eran estudiantes de un programa de enfermería, quienes apoyaron al tratamiento obligatorio de la EM en entornos institucionales alejados de la comunidad debido a sus percepciones de peligrosidad de las personas con EM.

4.1.4 Opiniones sobre el internamiento psiquiátrico

De acuerdo con los resultados obtenidos, en este estudio se encontró que hay una cantidad considerable de participantes (41.39%) que consideran el internamiento psiquiátrico como un tratamiento eficaz, lo que refleja la presencia de estigma, posiblemente causado por prejuicios y estereotipos asociados a las personas que sufren de una EM, lo que coincide con los hallazgos de Scheff (1974), quien concluyó en su clásico estudio realizado en Estados Unidos, que debido al etiquetado de las personas con EM existían tratamientos estigmatizantes como el internamiento psiquiátrico, que refuerza el rol social de estigmatización, debido a los estereotipos y prejuicios arraigados. Scheff cuestiona el internamiento psiquiátrico al igual que lo hace el estudio de la OMS (2001) donde instan al cierre de las instituciones psiquiátricas, que según este informe perpetúan y refuerzan el estigma, y abogan por el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud comunitarios y la aplicación de leyes para proteger el derecho de los enfermos.

4.1.5 Dificultades en el diagnóstico

En relación con las principales dificultades (Figura 10) que los participantes identificaron para el diagnóstico de la EM, se encontró que el miedo al rechazo social lleva a los pacientes a evitar buscar ayuda médica. Estos datos coinciden con los resultados de Fox y Earnshaw (2023), en su estudio sobre el impacto del estigma social en los adultos y jóvenes en Estados Unidos, reportaron que el estigma influyó significativamente en la disposición de estos grupos a buscar

ayuda médica. Según su investigación menos de la mitad de los adultos y adolescentes que sufrieron una EM en el año 2021 recibieron algún tipo de tratamiento.

4.2 Prejuicios hacia las personas con EM

4.2.1 Interacciones sociales

Los datos del estudio evidenciaron que un tercio de los encuestados reportaron tener dificultades para dialogar con personas con EM, lo que refleja la posible presencia de estigma como barrera en las interacciones sociales con estas personas.

Además, los resultados sobre las creencias relacionadas con el internamiento psiquiátrico sugieren la existencia de prejuicios, acerca de sus habilidades de convivencia, estos resultados coinciden con el estudio de Corrigan et al (2003) donde se encontró que los participantes de su estudio en Estados Unidos, tuvieron respuestas discriminatorias similares hacia las personas con EM mediante su evitación, su creencia de que se los debía obligar a recibir un tratamiento y se debería recurrir al internamiento psiquiátrico.

Así mismo, en relación con la evitación de las personas con EM, los resultados coinciden con el estudio de Nunnally (1961) en Estados Unidos donde reportó que los participantes del estudio reportaron que no se sentían cómodos en la presencia de personas con EM.

4.2.2 Evitación y rechazo

Los datos de esta investigación revelan que además de la presencia de la evitación de diálogo con las personas con EM, se encontró sentimientos de miedo basados posiblemente en los estereotipos de peligrosidad, el estereotipo de que las personas con EM son impredecibles, y la presencia de autoritarismo con relación a las ideas de que se debía obligar a las personas con EM a tener un tratamiento. Estos resultados se han encontrado también en la investigación de Kenny et al. (2018), en donde se identificó cuatro factores subyacentes al prejuicio hacia las personas con

EM: miedo, evitación, autoritarismo y la idea de imprevisibilidad en cuanto a la conducta de estas personas.

4.2.3 Influencia del género

Los resultados de este estudio muestran que el género femenino (Figura 14) muestra menos estigma en cuanto al diálogo, y a la creencia de que la EM se origina por el consumo de drogas en comparación con los participantes del género masculino que parecen enfrentar más barreras en las interacciones sociales con estas personas y tener más creencias estigmatizantes en cuanto al origen de la EM. Estos hallazgos son consistentes con los resultados encontrados por Rodríguez y Suárez (2020) en España, donde comprobaron que las personas del sexo masculino eran las que más estigmatizaban y más estereotipos tenían en cuanto a las personas con EM.

4.2.4 Educación inclusiva

La mayoría de los ciudadanos ecuatorianos (Figura 18) está de acuerdo con que las personas con EM puedan educarse en los centros regulares de educación, mostrando una actitud inclusiva en este aspecto. Sin embargo, la existencia de una minoría de ciudadanos que no está de acuerdo con esto demuestra que la existencia de prejuicios puede ser una barrera a la inclusión educativa de estas personas. Este avance en la percepción pública en cuanto a la educación inclusiva, podría ser el resultado de un cambio en la Ley Orgánica de Educación Intercultural.

El Ministerio de Educación del Ecuador (2011) y su reglamento garantizan el acceso al sistema de educación regular a los estudiantes que tengan discapacidades mediante la adaptación curricular, infraestructura accesible y apoyo de personal especializado, lo que podría haber influido positivamente en percepción pública en cuanto a la normalización de la participación educativa de estas personas en el contexto ecuatoriano.

Este resultado en este factor difiere de los resultados analizados en investigaciones previas en varios aspectos: el apoyo de los participantes a la educación en el sistema educativo regular muestra una actitud favorable, lo que contrasta con la tendencia de exclusión y segregación observada en estudios previos. La influencia en el contexto legal de la legislación en la Ley Orgánica de Educación Intercultural de Ecuador parece haber influido positivamente en la percepción pública, algo que no se había observado claramente en otras investigaciones.

No obstante, cabe resaltar que un grupo minoritario no está de acuerdo con la educación inclusiva, lo que podría indicar que el proceso de mejora en el estigma social hacia las personas con EM es gradual y no uniforme.

4.2.5 El derecho de paternidad

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, la mayoría de las personas piensa que se les debe prohibir tener hijos a las personas con EM (Figura 19). Estos hallazgos muestran la persistencia de prejuicios en torno al derecho de paternidad que tienen estos individuos, lo que puede ser producto de estereotipos asociados a las personas con EM. Estos resultados son consistentes con los obtenidos por otros estudios (Metha, 2021; Park y Mandell 2006; Reupert et al., 2015; Oyserman et al., 2000), que concluyó en su investigación la existencia de actitudes negativas sobre la paternidad de las personas con EM, en particular sobre la maternidad, debido al estigma acerca de sus capacidades en lo que respecta a la crianza de hijos, provocando prejuicios y desigualdades.

4.3 Estereotipos asociados a la EM

4.3.1 Inferioridad genética percibida

De acuerdo con los resultados de este estudio, el 82,50% de los participantes rechazaron la idea de que las personas con EM tienen una inferioridad genética. Este dato es muy positivo

(Figura 20) porque refleja un progreso en la percepción pública en este aspecto, resultados que contrastan con otros estudios donde se han encontrado una prevalencia más alta de estigmas negativos en diversas poblaciones (Mascayano et al. 2015; Rodríguez et al., 2011). El estereotipo de inferioridad genética ha estado profundamente arraigado en la historia de la psiquiatría y a diversas teorías que dieron lugar a movimientos eugenésicos en contra de las personas con EM, como se trata en el numeral 2.4.1 de este estudio. Este dato podría indicar un avance en cuanto al estigma de la inferioridad genética vinculado a las personas con EM.

4.3.2 Conductas impredecibles y peligrosidad

Este estudio confirma a nivel general que la mayoría (63.90%) de las personas participantes perciben que las personas con EM como peligrosas (Figura 22). Este dato evidencia la existencia del estereotipo de peligrosidad asociada a las personas con estas patologías, lo que podría contribuir a reforzar el estigma y la exclusión social de las personas que sufren una EM. La percepción de peligrosidad observada en este estudio es similar a los hallazgos de Fink y Tasman (1992), Link y Phelan (2001), Kenny et al. (2018) y Corrigan et al. (2023).

La asociación del estereotipo de peligrosidad con las personas con EM obtenidas en esta investigación se alinea con los resultados de Fink y Tasman (1992) que concluyeron que las personas con enfermedades psicológicas fueron vistas como una amenaza, lo que generó actitudes evitativas y discriminatorias. Link y Phelan (2001) explicaron que este estereotipo de peligrosidad detectado en su análisis formaba parte del proceso del etiquetado de estas personas lo que tienen como efecto su separación del resto de la sociedad.

En línea con estos datos, Kenny et al. (2018) mostraron cómo los prejuicios hacia las personas con EM, evaluados mediante su escala, dieron como resultado la percepción de estas personas como un riesgo para la sociedad. Adicionalmente, el estudio de Corrigan et al. (2023)

mediante la utilización de su modelo de atribución informan cómo las creencias sobre la peligrosidad de los pacientes con EM contribuyeron a justificar las respuestas discriminatorias de las personas participantes en el estudio.

4.3.3 Autonomía y capacidad funcional

El análisis de los datos mostró un indicio positivo frente al estigma encontrado en otros resultados de este estudio. El 60.20% de los participantes creen que las personas con estas enfermedades son capaces de cuidarse a sí mismas. Este resultado podría reflejar una actitud menos estigmatizante desafiando a los estereotipos sobre la capacidad de estas personas para manejar sus propias vidas, tomar decisiones o llevar una vida independiente. Este dato podría confirmar los resultados del estudio Thornicroft et al. (2016) que observaron actitudes positivas hacia las personas con EM mediante las intervenciones anti-estigma basadas en el contacto social con estas personas. No obstante, el hecho de que este resultado positivo coexiste con otros resultados estigmatizantes que se ha encontrado en el estudio lo que podría ser un indicativo de que las personas reconocen la autonomía de estas personas en ciertas circunstancias, pero en otras áreas se estigmatiza.

4.3.4 Asociación con la violencia, la marginalidad y la delincuencia

Los resultados de este estudio muestran que la mayoría de los participantes relacionó la EM con la violencia (56,39%), la drogadicción (50,28%), las personas sin hogar (25%), la mendicidad (23,33%), y la delincuencia (19,44%), datos que se alinean con los reportados por Mascayo et al. (2015) y Brea y Gil (2016). Sus estudios informan que las personas participantes tuvieron percepciones de que las personas con EM tenían comportamientos violentos, falta de responsabilidad en el tratamiento de la enfermedad, pérdida de control, carácter débil e

impredicible, lo que provocaba reacciones de miedo y desconfianza dando lugar a la discriminación.

4.4 Discriminación y exclusión social.

De acuerdo con los resultados de esta investigación, la falta de información acerca de la naturaleza de la EM, los prejuicios, y los estereotipos detectados dan lugar a una actitud discriminatoria y a la exclusión social de las personas con EM. Los datos obtenidos en este estudio muestran patrones similares a los encontrados en varios estudios de la OMS (2001, 2002, 2004, 2013, 2015, 2020, 2022) en los que informan la presencia de estigma hacia las personas con EM en todo el mundo. La OMS reporta que los individuos con trastornos mentales sufren discriminación y se les niega el ejercicio de los derechos fundamentales.

4.4.1 Relaciones afectivas

Los resultados de la estadística descriptiva muestran que, a nivel general, la mayoría (70,90%) de las personas del estudio no tendrían una relación romántica con una persona con EM (Figura 25), lo que evidencia la presencia de una actitud discriminatoria, lo que podría ser a causa de estereotipos y prejuicios asociados a la enfermedad y a las personas que la sufren.

Estos hallazgos coinciden con el estudio de Scheff (1974) en Estados Unidos. Scheff afirma que, en el proceso del etiquetado, las personas con EM se enfrentan a la discriminación, lo que resulta en el rechazo, dificultando el establecimiento de relaciones interpersonales significativas, generando así el incremento del aislamiento social de estas personas. De igual manera, el estudio de Ruiz et al. (2011) en Sevilla (España) concluyó que el estigma hacia las personas con EM impactaba de forma negativa sus relaciones sociales y familiares. Así mismo, Kenny et al. (2018) en su investigación en Australia, aportaron evidencia sobre las barreras que enfrentan las personas con EM, específicamente en el ámbito de las relaciones interpersonales. Estos investigadores

encontraron que la mayoría de las personas que intervinieron en su estudio rechazaron la posibilidad de tener una relación romántica con personas diagnosticada con una EM, lo que se tradujo como una manifestación importante del estigma y exclusión social de estas personas.

4.4.2 La obligatoriedad de los tratamientos médicos

Los datos obtenidos en este estudio muestran que la mayoría de los participantes creen que las personas con EM deben ser obligadas a recibir un tratamiento médico (76.70%). Este resultado sugiere la existencia de estigma, al relacionarse la EM con la necesidad de intervención externa y control, por la creencia de considerar que estas personas no son capaces de tomar sus propias decisiones en cuanto a su bienestar. Resultados semejantes se encontraron en los estudios de Kenny y Griffiths (2018), donde los 3 estudios empleados en esta investigación confirmaron la presencia de cuatro factores subyacentes al prejuicio hacia las personas con EM entre los que se encontraban actitudes autoritarias hacia este grupo de personas.

4.4.3 Acceso a la vivienda y el empleo

Los resultados del estudio muestran que la mayoría de las personas (65%) alquilaría una vivienda a una persona con EM, estarían dispuestos a contratar a una persona con EM (Figura 27), y estarían dispuestos a prestar ayuda (95,30%). Estos resultados difieren de los encontrados en el estudio de Kenny et al. (2018), donde se encontró una falta de voluntad para ayudar o contratar a personas con EM, lo que podría deberse a factores culturales específicos del contexto de Ecuador.

4.4.4 Redes de apoyo social

Un hallazgo significativo en la investigación es que la mayoría de los participantes (Figura 30) expresaron estar dispuestos a entablar amistad con personas con EM y a la contratación laboral (Figura 27), lo cual es un indicador positivo en la reducción del estigma. Esta disposición refleja una actitud más inclusiva y sugiere la existencia de un cambio positivo en la percepción social de

estas personas, difiriendo de otros estudios donde se han reportado mayores porcentajes de estigmatización y rechazo hacia las personas con EM.

No obstante, este hallazgo se debe analizar considerando todos los resultados, tanto positivos como negativos. El hecho de que el estigma persista en otros ámbitos recomienda que este avance es parcial y no abarca una inclusión integral de estas personas a la sociedad. La disposición a la amistad es una disposición muy positiva en la disminución del estigma, aunque también podría ser actitudes paternalistas o de condescendencia, aunque menos evidentes, también son formas sutiles de discriminación.

4.5 La influencia del contacto personal en la reducción del estigma

Los resultados del estudio evidencian el impacto de conocer personas con EM en el estigma dentro de la muestra estudiada de ciudadanos ecuatorianos. A continuación, se detallan dichos hallazgos.

4.5.1 Contacto y conocimiento de la EM

Los resultados obtenidos en la investigación evidencian que la experiencia propia con la EM, o el contacto con personas que la sufren, en general influyen positivamente en una comprensión más acertada de estas patologías. Las personas que sufren de una EM (72.70%; $p = .001$), las personas que conocen a alguien con EM (53.90%; $p = .001$) y las que trabajan con personas con EM (64%; $p = .001$), conciben estas enfermedades de manera menos estigmatizante, considerándolas como cualquier otra enfermedad. Estos hallazgos son consistentes con los reportados por Rodríguez y Antolín (2019), quienes evidenciaron que el contacto cercano con personas con EM pueda ayudar a tener un mejor entendimiento de estas patologías. Además, también coinciden con los resultados de Rodríguez y Suárez (2020), quienes indicaron que el

contacto directo con personas con EM y una mayor educación sobre salud mental impactan positivamente en la disminución del estigma social de estas patologías.

Otros estudios que se alienan con estos datos son los estudios previos de Allport (1954) en su Modelo del Contacto Social donde afirma que las relaciones intergrupales entre grupos de naturaleza diferente pueden ayudar a reducir los estigmas sociales, la hostilidad y el prejuicio. Así mismo, otros estudios que coinciden con estos hallazgos son los que plantea el estudio de Star (1955) donde los datos demostraron que los participantes que estaban familiarizados con casos de personas con EM poseían un conocimiento más preciso sobre estas enfermedades.

De igual manera, Goffman (1963) señaló que la exposición y la normalización de las características estigmatizadas desafían las ideas preconcebidas y los estereotipos y puede ayudar a cambiar la forma en que la sociedad percibe a estas personas.

Los resultados de esta investigación muestran que las personas que conocen a alguien con EM atribuyen el origen de la enfermedad a factores biológicos, sociales y ambientales, y tienen una concepción menos prejuiciosa y más acertada. En general, estos participantes tienen una percepción menos prejuiciosa y más acertada en comparación con las personas que no han tenido este contacto. Sin embargo, se encontró que el personal sanitario (65,20%; $p = .001$) asoció el consumo de drogas con la etiología de la enfermedad mental, lo que podría reflejar la influencia del contacto con algunas personas con EM, lo que los ha llevado a generalizar esta causa contribuyendo a perpetuar estigmas. Resultados similares se encontraron en los estudios de Link et al. (1989) y Sapag y Velasco (2020).

Link et al. (1989) evidenció en su investigación que el personal sanitario, aunque está capacitado para atender la EM, reforzaba el estigma social hacia la misma, lo que influía en la interacción entre los pacientes e impactaba la calidad de atención. Su investigación plantea la

reducción a la exposición al etiquetado, especialmente se propone que los profesionales de salud mental se sensibilicen en cuanto al uso del etiquetado y busquen alternativas que ayuden a minimizar el estigma. Así mismo, hallazgos similares se encuentran en el estudio de Sapag y Velasco (2020), los cuales se encargaron de investigar las actitudes del personal sanitario de atención primaria en Chile hacia los trastornos mentales y las adicciones. Encontraron como resultado de su estudio que la existencia de actitudes estigmatizantes entre los profesionales de salud impactaba en la adherencia al tratamiento y en la disposición de los pacientes a buscar ayuda. Entre los hallazgos claves que se detectaron están la presencia de actitudes negativas persistentes de parte del personal sanitario hacia los pacientes con trastornos mentales, además se encontró percepciones de peligrosidad, irresponsabilidad y desconfianza hacia estos pacientes.

Este estudio muestra que las personas que conocen la EM mediante su posición laboral (86,50%; $p = .020$) piensan que los tratamientos farmacológicos son los más efectivos. En cuanto a los tratamientos de la EM, los grupos que piensan que abandonarlos puede ser perjudicial están las personas que conocen a alguien con una EM (60.20%; $p = .001$) y las personas que conocen la EM por trabajo (66.30%; $p = .008$).

Con relación a la continuidad del tratamiento, las personas que conocen la EM por trabajo opinan que se debe tratar, aunque no haya síntomas (88.80%; $p = .012$). El resultado en cuanto que los tratamientos más eficaces para la EM son los psicológicos y los farmacológicos han sido confirmados en el estudio de Ruiz et al. (2018).

Estos datos evidencian un mejor conocimiento de los tratamientos de la EM por parte de las personas que conocen a alguien con EM o han tenido contacto con ella por medio de su trabajo, lo que resalta la importancia la necesidad de educar y sensibilizar a la población en general en cuanto al conocimiento de la EM y sus tratamientos.

En la investigación se evidenció que tanto las personas que conocen a alguien con una EM y las que trabajan con personas con estas dolencias (60.70%; $p = .004$) piensan que uno de los principales desafíos para el diagnóstico de estas enfermedades es el acceso al sistema sanitario, considerándolo como una barrera. Estos datos coinciden con los encontrados por los estudios de la OMS (2021, 2022). Según el reporte del 2021 más del 70% de los países a nivel mundial reportaron tener insuficientes recursos humanos y financieros para cubrir la demanda de servicios en salud mental, lo que tiene como consecuencia un déficit que impacta directamente la calidad y disponibilidad de tratamientos, especialmente en los países con ingresos bajos y medios. El informe del año 2022 destacó la falta de recursos y la existencia de una infraestructura inadecuada en salud mental como una barrera que agrava la atención de las personas con EM, a lo que se suma la existencia de sistemas de atención sanitaria deficientes, lo que da lugar a la limitación de oportunidades de recuperación para los pacientes. El informe aboga por el desarrollo de una mejora en los sistemas de salud mental mediante una mayor inversión en el sector y una integración de la salud mental en la atención primaria.

4.5.2 Contacto y prejuicios

Los resultados obtenidos en el estudio reportan que las personas que han tenido contacto con personas con EM tienen menos prejuicios, en contraste con las personas que nunca han tenido dicho contacto con estos individuos.

Las conclusiones de estudios previos como los de Allport (1954), Link y Phelan (2001), Couture y Penn (2003), Corrigan et al. (2012) y Vigo et al. (2016), concluyeron que el contacto con personas con EM influye positivamente en la reducción del estigma.

Allport (1954) señaló que el contacto intergrupal en igualdad de condiciones entre grupos es una herramienta poderosa para mejorar la percepción de grupos estigmatizados por la sociedad.

Link y Phelan (2001) observaron que los participantes que conocían a personas con EM tuvieron una menor tendencia a etiquetar y categorizar a las personas con EM y constató una reducción en la percepción de estos individuos como fundamentalmente diferentes.

Corrigan et al. (2012) detectaron que en el grupo de participantes que habían tenido contacto con personas con EM existió una reducción en la percepción de que las personas con EM son violentas o peligrosas, además descubrió que hubo una disminución en la tendencia a culpar a las personas por su enfermedad. Así mismo, Vigo et al. (2016) en sus análisis de datos, concluyó que los individuos que tuvieron contacto con personas con EM reportaron una disminución en las actitudes discriminatorias y en el deseo de distancia social con las personas que sufren estas dolencias.

4.5.2.1 El contacto con personas con EM y el diálogo

En consonancia con estos estudios, esta investigación evidenció que los participantes que conocían la EM por trabajo (63.9%; $p = .001$) tuvieron menos dificultades a la hora de dialogar con estas personas, en contraste con los individuos que no conocían a nadie con una EM (55.5%; $p = .043$). Estos resultados sugieren que el contacto con estas personas podría ayudar a reducir los obstáculos en cuanto a comunicación con las personas que sufren una EM. Datos similares se encontró en el estudio de Couture y Penn (2003) donde concluyeron que el contacto interpersonal con personas con EM tiene un impacto positivo en la reducción del estigma.

4.5.2.2 Influencia del contacto con personas con EM en cuanto al internamiento psiquiátrico

Los hallazgos de esta investigación señalan que la mayoría de los participantes que conocen a alguien con EM (51.7%; $p = .31$) y los que trabajan con personas con EM (61.70%; $p = 0.21$) consideran que esta medida no es necesaria la mayor parte del tiempo, lo que podría ser el resultado

de una mayor comprensión por el contacto con la enfermedad y con las personas que la sufren, además de un conocimiento más acertado acerca de los tratamientos para la EM. En contraste con estos resultados, las personas que no conocen a nadie con una EM están de acuerdo con el internamiento psiquiátrico (64.80%; $p = .031$).

Estos resultados coinciden con las recomendaciones de Scheff (1974) donde propone que se desarrollen mejores medios de apoyo para estas personas y su familia en lugar del aislamiento social que constituye el internamiento hospitalario. Recomendaciones similares se encuentran en el estudio de la OMS (2001) donde se recomienda la mejora los servicios de salud mental comunitaria en vez del internamiento psiquiátrico.

4.5.2.3 El contacto con personas con EM y la evitación

Así mismo, los resultados del cruce de variables comprueban que las personas que menos evitan a las personas que sufren una EM, son los participantes que padecen la enfermedad (90.90%; $p = .039$) y las personas que conocen la EM por trabajo (89.90%; $p = .001$) datos que sugieren que el contacto con la EM y las personas que la sufren puede ayudar en la disminución de las actitudes evitativas hacia las personas que padecen estas enfermedades, posiblemente por la existencia de una mejor comprensión acerca de la EM y el contacto con estas personas. Resultados similares se encontraron en el estudio de Vigo et al. (2016) donde se reportó una reducción del 47% en el deseo de distancia social de parte de las personas que conocían personas con EM.

4.5.3 Contacto y estereotipos

4.5.3.1 Contacto y la percepción de comportamiento impredecible

Contrario a la tendencia general, el estudio encontró que existían algunos estereotipos de las personas con EM en los grupos de participantes que habían tenido contacto con personas con EM. Específicamente se percibía que las personas con EM son impredecibles, se detectó que los

grupos que tenían esta visión son aquellas que tienen una EM (52.30%; $p = .001$), las personas que conocen a una persona próxima con EM (74.30%; $p = .044$), y las personas que no conocen a nadie con una EM (85.60%; $p = .047$).

En el caso de las personas que sufren la enfermedad los resultados podrían reflejar la presencia de autoestigma. Estos resultados coinciden con los de Goffman (1963), Link et al. (1989), Corrigan y Watson (2002). Corrigan y Watson evidenciaron que la creencia de que las personas con EM tienen una conducta impredecible es una parte central del estigma hacia estas personas. Goffman (1963) y Link et al. (1989) evidenciaron que los prejuicios sociales pueden ser internalizados por las personas y tienen como efecto deteriorar su identidad, devaluándola y haciéndola sentir de menor valía. La percepción de imprevisibilidad podría ser el producto del etiquetado, que puede llevar al autoestigma de las personas que sufren la enfermedad.

4.5.3.2 Contacto y los estereotipos de violencia y marginalidad

Así mismo, se relacionó la EM con la violencia, la mendicidad, la delincuencia, las personas sin hogar y la drogadicción. Las personas que realizaron esta asociación son aquellas que presentan una EM (52.30%; $p = .048$) y las personas que conoce la EM por trabajo (78.70%; $p = .003$). Resultados que reflejan la presencia de estereotipos negativos.

Estos hallazgos coinciden con el estudio de Scheff (1974) donde señala que el estigma se lo puede encontrar aún en los ámbitos de la salud mental. Propone revisar las prácticas institucionales como los hospitales de modo que se minimicen el uso de estas etiquetas, las cuales tienen un impacto negativo en la vida de estas personas; mediante la promoción de políticas y prácticas inclusivas, invitando a la sociedad a reconocer a las personas más allá del etiquetado diagnóstico de la EM. Así mismo, estos resultados concuerdan con los de Corrigan (2003) que

encontró en la muestra estudiada respuestas discriminatorias vinculando a las personas con EM con estereotipos de violencia y peligrosidad, con la imagen de personas fuera de control.

Además, los datos obtenidos reflejan la posible presencia de autoestigma en las personas que sufren una EM, tal como es planteado en la Teoría Modificada de los Trastornos Mentales de Link et al. (1989) donde se identifica que las personas con EM lo internalizan, relacionándolo con su diagnóstico lo que produce un impacto negativo en su autoimagen.

4.5.3.3 Contacto y los estereotipos vinculados a la delincuencia

Con relación a la vinculación de la delincuencia con las personas con EM, este estudio encontró un resultado positivo. Los participantes que más rechazaron esta idea fueron las personas que no conocen la EM por trabajo (84.10%; $p = .006$). Estos resultados podrían subrayar que la percepción de criminalidad no forma parte de los estigmas predominantes hacia las personas que sufren EM. Este resultado se alinea con algunos estudios (Allport, 1954; Couture y Penn, 2003) que argumentan que el contacto con los grupos estigmatizados puede reducir prejuicios.

4.5.3.4 Contacto y la percepción de autonomía y capacidad funcional

En cuanto a si las personas con EM pueden cuidar de sí mismo, los que más tienen esta percepción son las personas con una EM (79.60%; $p = .011$) en relación con los otros grupos participantes de la investigación. Estos resultados muestran que en esta área los participantes de la investigación con EM tienen una creencia positiva acerca de poder gestionar su autonomía personal, lo que es un indicador de una disminución del autoestigma en relación con este factor, lo que es clave para la mejora de su bienestar emocional y su integración en la sociedad. Este dato difiere a los encontrados en los estudios analizados en esta investigación.

Aunque es un dato muy positivo, este hallazgo podría generar conflictos con sus cuidadores, quienes a menudo asumen un rol sobreprotector.

4.5.4 Contacto y las actitudes discriminatorias

Los resultados del estudio indican que el contacto con personas con EM puede tener un matiz, ya que en algunos aspectos se encontró actitudes discriminantes y en otras áreas se evidenció actitudes más inclusivas y empáticas. A continuación, se detallan estos hallazgos.

4.5.4.1 El contacto y las relaciones afectivas

Los resultados del estudio sugieren la presencia del autoestigma, que se puede observar en el reporte de la mayoría de las personas con EM, pues indican que no tendrían una relación romántica con otra persona con EM (74.40%; $p = .001$). La misma tendencia se encontró en el grupo de personas que no conocen a nadie con una EM (80%; $p = .035$).

En el caso de las personas con EM, estos resultados pueden reflejar la presencia de autoestigma al sentirse que no pueden tener una relación cercana con otra persona en su misma condición, lo que refleja el desarrollo de actitudes negativas hacia su propia condición de salud mental o hacia otros en situaciones similares. Este resultado se alinea con los hallazgos de Goffman (1963), que en su modelo teórico explicó que las personas estigmatizadas pueden desarrollar una “identidad deteriorada” debido a un proceso continuo de descalificación por parte de la sociedad, que impacta en su autoestima, su autoimagen y la esencia misma de las personas mediante la aplicación de etiquetas negativas.

4.5.4.2 El contacto y la percepción de la obligatoriedad del tratamiento médico

Los datos muestran que las personas que no conocen a nadie con una EM piensan que se debería obligar a las personas con EM a tener un tratamiento médico (94.60%; $p = .022$), lo que muestra la presencia de estigma que podría ser el reflejo de la percepción errónea de no considerar capaces a las personas con una EM de gestionar sus decisiones sobre su salud mental, coincidiendo con el estudio de Corrigan (2003) donde argumenta que existen expectativas limitantes hacia la

capacidad de las personas con EM para tomar sus decisiones sobre su salud y otros aspectos de su vida, debido a la creencia de que estos individuos son incapaces de manejar su tratamiento médico de forma independiente, lo cual refuerza actitudes paternalistas o actitudes autoritarias como la opinión de que se los debería obligar a tener un tratamiento médico.

4.5.4.3 El contacto y el acceso a la vivienda y al empleo

De acuerdo con los resultados de esta investigación, los grupos que más estarían dispuestos a la contratación laboral de estas personas son: las personas que sufren una EM (77.20%; $p = .002$), las personas que no conocen a nadie con una EM (60.10%; $p = .14$) y las personas que conocen la EM por trabajo (84.30%; $p = .041$). En cuanto a la disposición de ser amigo y prestar ayuda, el grupo que más estuvo dispuesto fue las personas que conocían la EM por trabajo (85.50%).

En contraste, con estos resultados se detectó que la mayoría de las personas que no conocen a nadie con EM (52.30%; $p = .002$) no estarían dispuestas a alquilarles una vivienda, posiblemente por la presencia de estereotipos que vinculan a las personas con EM la violencia. Estos resultados muestran en este aspecto, una actitud más inclusiva entre los que han tenido contacto con las personas con EM. Estos datos evidencian un resultado diferente en esta área, a los estudios analizados en la investigación.

Las enfermedades mentales conllevan un gran sufrimiento para las personas que lo padecen y su entorno familiar y social, sumado a esto el fenómeno del estigma social lo agrava. Los resultados de este estudio confirman la existencia del estigma social hacia las personas que sufren una EM, lo cual se evidencia en diversas dimensiones como una falta de conocimiento de la enfermedad y sus tratamientos, la presencia de prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias que impactan negativamente la integración social de las personas que la sufren.

Una de las conclusiones más destacadas que se encontró es el impacto positivo que tiene el tener contacto con personas con EM en la reducción del estigma.

Sin embargo, los resultados mostraron que aun entre este grupo de participantes se encontraron evidencia de la existencia de algunos estereotipos, lo que evidencia la complejidad de este fenómeno social. Esto podría significar que el contacto con estas personas puede ayudar, pero no es suficiente en la lucha para erradicar esta estigmatización hacia las personas con una EM.

4.6 Discusión de los hallazgos estadísticos

4.6.1 Los prejuicios hacia las personas con EM

Los resultados revelan una media baja en el ítem 8 acerca de la evitación de las personas con EM ($M=1.93$; $DE=0.96$) lo que muestra una actitud generalmente favorable hacia la interacción social con personas con EM. Resultados que concuerdan con Corrigan et al. (2001) y Allport (1964) quienes concuerdan con el efecto positivo del contacto directo en la reducción del estigma.

En relación con la inclusión educativa, el análisis obtuvo la media más alta ($M=3.25$; $DE=1.14$) lo que refleja por parte de la muestra una mayor aceptación de la integración escolar de las personas con EM al sistema de educación general, alineándose con los estudios de Schulze y Angermeyer (2003).

Por el contrario, el ítem 10 relacionado al derecho de la paternidad de las personas con EM tuvo una media intermedia ($M=2.90$; $DE=1.44$), evidenciando los resultados posturas divididas y persistencia en perjuicios acerca de la capacidad parental de las personas con EM, tal y como otros estudios lo han señalado (Park et al., 2006; Reupert et al., 2025; Oyserman et al., 2000).

En general los resultados de las desviaciones estándar han sido relativamente altas, lo que evidencia la diversidad de opiniones en los participantes, lo cual coincide con la ambivalencia

descrita en el estudio de Goffman (1963). En conjunto, los resultados reflejan actitudes moderadamente inclusivas, pero con prejuicios latentes en ámbitos específicos, lo que refleja la necesidad de intervenciones educativas focalizadas en desmitificar los prejuicios existentes hacia las personas con EM.

4.6.2 La visión estereotipada de las personas con EM

Los resultados indican una baja adhesión de los participantes al estereotipo de inferioridad genética de las personas con EM ($M = 1.64$; $DE = 1.01$), lo cual es un indicativo positivo en la lucha contra el estigma tal como lo reportan otros estudios. (Stucchi-Portocarrero, 2013; Vergara, 2002).

Por el contrario, acerca del estereotipo de conductas imprevisibles de las personas con EM, obtuvo la media más alta ($M = 3.17$; $DE = 0.99$), lo cual indica la persistencia de esta imagen, que generalmente se ha asociado al miedo y la exclusión (Goffman, 1963; Link et al., 1989). Asimismo, el estereotipo acerca de la peligrosidad obtuvo una media elevada ($M = 2.95$; $DE = 1.00$), mostrando la mayoría de los participantes relaciona la EM con comportamientos agresivos, como lo han documentado Wahl (1995) y Stuart (2003), quienes subrayan, además, el rol de los medios de comunicación en perpetuar esta imagen.

Sin embargo, el ítem acerca de la percepción de la autonomía de las personas con EM, obtuvo un resultado ambivalente ($M = 2.70$; $DE = 0.89$), lo que sugiere un reconocimiento parcial de la autonomía, así como la presencia de actitudes paternalistas. Lo que coincide con lo planteado por estudios como el de Sartorius y Schulze (2005), quienes relacionan estas creencias con el estigma institucional y restricciones legales como la tutela forzada.

En conjunto, los resultados muestran una convivencia de imágenes estereotipadas con actitudes más inclusivas, lo que refuerza la necesidad de estrategias psicoeducativas para

desmitificar creencias dañinas y promover una visión más realista y menos estereotipada de las personas que sufren estas patologías.

4.6.3 Las actitudes discriminatorias hacia las personas con EM

Los resultados obtenidos en la dimensión de discriminación evidencian una actitud ambivalente de aceptación y rechazo, lo que refleja la coexistencia de posturas incluyentes con actitudes estigmatizantes. Los datos mostraron una alta disposición a establecer relaciones de amistad con personas con EM ($M = 4.17$; $DE = 0.96$), lo cual refleja un avance significativo hacia la interacción social básica y cotidiana, siendo una señal en la disminución del estigma en este aspecto. Por el contrario, con relación a establecer relaciones de pareja con personas con EM, se registró la media más baja ($M = 2.08$; $DE = 1.04$), lo que evidencia actitudes discriminatorias de exclusión en cuanto a establecer vínculos sentimentales, reforzando así actitudes discriminatorias en este aspecto.

Igualmente, la mayoría de los participantes estuvieron de acuerdo con la idea de imponer tratamientos psiquiátricos de forma obligatoria ($M = 3.48$; $DE = 1.27$), lo que puede sugerir la existencia de actitudes paternalistas o de control sobre las decisiones de las personas con EM.

Este patrón también se refleja parcialmente en los resultados relacionados con el empleo ($M = 3.04$; $DE = 1.07$) y el acceso a la vivienda ($M = 2.95$; $DE = 1.13$), donde los resultados de las medias muestran una aceptación moderada, de la inclusión de estas personas en derechos fundamentales como el trabajo y la vivienda.

En conjunto, estos resultados evidencian que, si bien existen avances ciertas áreas del estigma, persisten actitudes discriminatorias más marcadas en contextos que implican confianza profunda, autonomía o decisiones personales, lo que lugar a una discriminación selectiva que afecta la calidad de vida e integración de las personas que sufren de EM.

Por tanto, es vital fortalecer estrategias educativas y comunitarias que aborden específicamente estas actitudes discriminatorias. En esta línea, el modelo del contacto social (Allport, 1954) destaca como recurso clave para reducir el estigma, promover el contacto social mediante experiencias directas y positivas con personas con EM, facilitando así los procesos de inclusión social genuina y sostenida.

4.7 Discusión de los resultados mediante la prueba de Anova de Welch

Los resultados de este análisis tiene el fin de identificar posibles diferencias significativas en los niveles de prejuicios según el tipo de contacto que hayan tenido con personas con EM, con el fin de responder a los objetivos de la presente investigación de evaluar la influencia del contacto con personas con EM y las actitudes prejuiciosas.

4.7.1 Las actitudes prejuiciosas

a) Participantes que reportaron tener una EM

Los resultados del Anova de Welch mostraron diferencias estadísticamente relevantes entre quienes tienen y quienes no tienen una EM. Los participantes sin EM ($M = 2.57$, $DE = 0.78$) puntuaron mayores niveles de prejuicio que aquellas que sí tienen una EM ($M = 2.24$, $DE = 0.66$). Este hallazgo resulta coherente con la Teoría del Etiquetado de Scheff (1974), y el estudio de Goffman (1963), quienes subrayaron los efectos negativos del estigma en la vida de las personas que lo sufren, los que pueden experimentar actitudes prejuiciosas y discriminación.

b) Tener un familiar con EM

No se encontraron diferencias con validez estadística en los niveles de prejuicio entre quienes tienen un familiar con EM y quiénes no. Este hallazgo puede explicarse con el Modelo del Contacto Social de Allport (1954), que señala que no todo tipo de contacto reduce el estigma; para

que este sea efectivo debe ser un contacto positivo en igualdad de condiciones y con apoyo institucional. En este caso, el contacto con un familiar no se traduce en un menor nivel de prejuicio.

c) Conocer a una persona próxima con EM

Así mismo, no se hallaron resultados con impacto estadístico $F(1, 171) = 0.47, p = .492$, entre los dos grupos. Esta observación también es compatible con el modelo de Allport (1954) y con el enfoque de Link y Phelan (1989), quienes advierten que el contacto superficial o no reflexivo no basta para cambiar las representaciones estigmatizantes.

d) No conocer a nadie con EM

En este caso se evidenció una diferencia estadísticamente cuantificable, $F(1, 134) = 12.3, p < .001$. Las personas que no conocían a nadie con EM presentaron mayores niveles de prejuicio ($M = 2.79, DE = 0.81$) que quienes sí conocían a alguien ($M = 2.45, DE = 0.74$). Este resultado coincide con el Modelo de Dimensiones del Estigma de Jones et al. (1984), que considera que el desconocimiento o invisibilidad del otro incrementa la percepción de peligrosidad o anormalidad en la sociedad. Asimismo, la ausencia de contacto con las personas estigmatizadas refuerza el proceso de etiquetado social que Scheff (1974) lo cual se convierte en un círculo vicioso.

e) Conocer la EM por trabajo

Finalmente, se encontró una diferencia altamente sustancial, $F(1, 194) = 26.6, p < .001$. Quienes no tenían contacto profesional con la EM presentaron una media más alta ($M = 2.64$) en comparación con quienes sí la conocían en ese contexto ($M = 2.22$). Este resultado coincide con lo planteado por Link y Phelan (1989), cuya teoría sugiere que por medio del conocimiento técnico, la formación profesional y experiencias de contacto favorecen la comprensión, la empatía y la reducción de prejuicios. Así mismo, la teoría de Allport, señala que el entorno laboral y educativo puede proveer condiciones ideales para establecer contacto positivo con las personas

estigmatizadas, siempre que incluyan una interacción prolongada, en igualdad de condiciones y cooperación.

Estos hallazgos ayudan a llevar a cabo el objetivo general del estudio, describir y analizar las representaciones sociales del estigma hacia las personas con una EM en una muestra de ciudadanos ecuatorianos, así como los objetivos específicos relacionados con la identificación de prejuicios y la evaluación del impacto del contacto con personas con EM. Finalmente, se confirma que ciertos tipos de contacto (vivencia directa o vínculo profesional) se asocian con niveles significativamente más bajos de prejuicio, tal como lo sostienen los modelos teóricos analizados. Por el contrario, la ausencia de contacto o el contacto superficial con personas que sufren una EM, no parecen influir de manera positiva en la reducción del estigma. Esto refuerza la necesidad de promover experiencias de contacto significativo y procesos educativos como estrategia clave para reducir el estigma en el contexto ecuatoriano.

4.7.2 Los estereotipos

Los hallazgos obtenidos en los análisis con Anova de Welch, permiten contrastar uno de los objetivos específicos del estudio: determinar si el contacto con personas con enfermedad mental se asocia con una disminución de estereotipos hacia dicho grupo.

a) Participantes que reportaron tener una EM

En primer lugar, se evidencia que las personas que tienen EM reportan significativamente tener una imagen menos estereotipada que aquellas que no la sufren. Este dato es consistente con estudios previos que señalan que el contacto con personas con EM o con la patología, puede reducir los estereotipos negativos, debido a una comprensión más cercana y empática de esta condición de salud (Corrigan et al., 2001; Angermeyer & Dietrich, 2006). El resultado también respalda la teoría del contacto propuesta por Allport (1954), la cual postula que el contacto positivo y de

calidad con miembros de un grupo estigmatizado puede disminuir prejuicios y creencias estereotipadas.

b) Tener un familiar con EM y conocer alguien próximo con EM

Por el contrario, el hecho de tener un familiar o conocer a alguien próximo con EM no mostró una relación estadísticamente significativa con los niveles de estereotipos. Este resultado es relevante, pues refuerza la idea de que no todo contacto social tiene el mismo impacto sobre las actitudes estigmatizantes. Investigaciones previas han señalado de la importancia de la calidad, la frecuencia y la intensidad del contacto directo, son factores determinantes en la modificación de creencias estigmatizantes (Pettigrew & Tropp, 2006; Pescosolido et al., 2008).

c) Participantes que no conocían a nadie con una EM

Así mismo, contrario a lo esperado los que no conocían a nadie con una EM, tuvieron una imagen menos estereotipada que lo que si conocían a alguien, lo que podría indicar que no es suficiente el solo contacto para disminuir el estigma. Este contacto tendría que ser positivo, de calidad y sostenido en el tiempo, para que pueda tener un impacto en la reducción del estigma como lo indican otras investigaciones. (Allport, 1954; Pettigrew y Tropp, 2006; Corrigan et al., 2001; Pescosolido et al., 2008)

d) Participantes que conocían la EM por trabajo

Finalmente, se observa que el contacto por razones laborales con personas con EM, sí se asocia con una imagen menos estereotipada de las personas con EM. Este tipo de interacción puede darse en contextos formativos, terapéuticos o institucionales, donde el conocimiento y la exposición prolongada, posiblemente fomenten una visión más informada y menos prejuiciosa. Estos resultados, coincide las conclusiones acerca del efecto positivo de las intervenciones educativas o profesionales en la reducción del estigma (Thornicroft et al., 2016; Allport, 1954).

En conjunto, los resultados sugieren que la experiencia directa con la enfermedad mental, ya sea por vivencia personal o por formación profesional, parece tener un mayor impacto en la reducción de estereotipos que otros tipos de contacto menos estructurados o profundos.

4.7.3 Las actitudes discriminatorias

Uno de los objetivos principales de esta investigación fue analizar si el contacto con personas con EM influye en las actitudes discriminatorias hacia las personas con EM. En la dimensión “actitudes discriminatorias” se evaluó la disposición de las personas a establecer relaciones de amistad, relaciones de pareja, contratación laboral, alquiler de viviendas, y la obligatoriedad de un tratamiento médico para las personas con EM. Los resultados obtenidos muestran hallazgos diversos según el tipo de contacto:

a) Participantes que reportaron tener una EM

En primer lugar, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los participantes que reportaron tener una EM y los que no. Las personas que padecían una EM mostraron menos actitudes discriminatorias en comparación con quienes no tienen estas enfermedades. Este dato puede explicarse desde el enfoque de la experiencia vivida y al estar en contacto con la enfermedad, la cual proporciona una perspectiva más empática y realista frente a los estereotipos y prejuicios, como lo señalan Corrigan y Watson (2002). Al formar parte del grupo estigmatizado, los individuos suelen desarrollar mayor sensibilidad hacia el estigma y, por ende, rechazar las actitudes discriminatorias.

b) Tener un familiar con EM

En contraste, el tener un familiar con EM no se asoció con diferencias relevantes en la disminución de actitudes discriminatorias, lo que sugiere que el contacto familiar con personas con estas enfermedades, podría no ser suficiente para reducir el estigma. Como explican

Angermeyer y Dietrich (2006), el contacto familiar puede estar mediado por sentimientos de carga, culpa o desconocimiento, lo que puede ocasionar que incluso refuerce el estigma.

c) Conocer a una persona próxima con EM

El contacto con una persona próxima no mostró una significación estadística relevante. No obstante, las personas que conocen a alguien con EM expresaron más actitudes discriminatorias, lo que constata la teoría del contacto de Allport (1954), que afirma que el contacto con personas estigmatizadas debe ser positivo y en igualdad de condiciones, no cualquier contacto impacta la reducción del estigma. Este resultado, podría evidenciar que no todo contacto es positivo ni está mediado por interacciones empáticas o reflexivas, tal como lo señalan Pettigrew y Tropp (2006).

d) Participantes que no conocer a nadie con EM

De igual manera, se detectó una diferencia significativa entre quienes afirman no conocer a nadie con EM y aquellos que sí lo hacen, siendo estos últimos quienes expresaron actitudes más discriminatorias. Este resultado, evidencia que el simple contacto no garantiza la disminución del estigma; por el contrario, puede reforzarlo si se da en contextos cargados de miedo, rechazo o incomprensión (Thornicroft et al., 2007).

e) Participantes que conocen la enfermedad por motivos laborales

Un hallazgo relevante se observa en quienes conocen EM por razones de trabajo. Estos participantes manifestaron significativamente menos actitudes discriminatorias que quienes no tienen ese tipo de contacto. Este resultado es coherente con investigaciones previas que destacan el efecto positivo del contacto estructurado, mediado por formación profesional o actividades educativas (Corrigan et al., 2012). Se infiere que la educación y la interacción profesional brindan herramientas para comprender mejor la enfermedad mental, lo que permite desmontar prejuicios y reducir las actitudes de exclusión.

En conjunto, estos hallazgos permiten afirmar que el contacto con personas con enfermedad mental solo es efectivo para disminuir actitudes discriminatorias cuando se produce en contextos formativos, reflexivos o profesionalmente guiados. Estos datos empíricos tienen implicaciones importantes para el diseño de campañas y programas anti - estigma, los cuales deberían basarse en elementos pedagógicos y experiencias de contacto positivo con personas que sufren una EM.

En términos del cumplimiento de los objetivos de esta tesis, estos resultados aportan evidencia acerca de la necesidad de promover estrategias de contacto significativo como herramienta de reducción del estigma. Asimismo, validan la importancia de fortalecer la formación en salud mental tanto en el ámbito educativo como comunitario, especialmente en contextos donde prevalecen actitudes discriminatorias.

4.8 Implicaciones teóricas del estudio

Los resultados de la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadano ecuatorianos” aportan importantes reflexiones teóricas como prácticas acerca del estigma de la EM. Además, evidencian cómo el contacto previo con personas que sufren una EM puede influir y mejorar la reducción del estigma

. A continuación, se analizan estas implicaciones a la luz de las principales teorías revisadas en el marco teórico de esta investigación.

4.8.1 Con la Teoría del Modelo del Contacto Social de Allport

La teoría del Modelo del Contacto Social de Allport (1954) concluye que al fomentarse el contacto positivo entre los grupos diferentes puede reducir los estigmas sociales, la hostilidad y los prejuicios. Estos contactos podrían realizarse en contextos educativos, laborales o sociales donde los grupos puedan tener contacto en igualdad de condiciones, trabajando en metas

compartidas, impulsando la cooperación en vez de la competencia. Los resultados del estudio confirman que las personas que tuvieron contacto con personas con EM o tuvieron contacto con ellas por trabajo tienen un mejor conocimiento de la patología, se detectó menos prejuicios, y actitudes discriminatorias, no obstante no influye positivamente en todas las áreas investigadas como la vinculación del origen de la EM por el consumo de drogas por parte de los trabajadores sanitarios, la relación de la EM con factores sociales negativos como la violencia, la mendicidad, las personas sin hogar, lo que indica que algunos prejuicios existen aún donde existe contacto con personas con EM.

Cabe resaltar que se detectó una mayor presencia de estigma hacia la enfermedad mental en las personas que no conocían a nadie con enfermedad mental y un conocimiento menos preciso de la dolencia. Estos resultados reflejan que el tipo de contacto con las personas con EM deben ser de calidad como lo propone Allport en su Teoría del Contacto Social y que aun los trabajadores de salud mental deben tener programas de sensibilización y actualización de estas patologías, no solo en cuanto a la naturaleza de la enfermedad, sino también en cuanto a programas de sensibilización del estigma asociado alrededor de estas enfermedades.

4.8.2 Con el Modelo del Estigma Social (Goffman, 1963)

De igual manera, los datos obtenidos en la investigación aportan evidencias al Modelo de Estigma Social de Erving Goffman (1963) que explica las consecuencias del estigma en la vida de las personas que lo sufren, donde explica que la sociedad marca a las personas que considera diferentes y las estigmatiza, desacreditándolas y otorgándoles un valor inferior lo que lleva a la estigmatización y al aislamiento social de la persona. La dificultad reportada para establecer diálogo con personas con EM, la evitación, los resultados que indicaron que la mayoría de los participantes no tendrían una relación sentimental con una persona con EM, su relación con

factores sociales negativos como la mendicidad, las personas sin hogar, la violencia, el consumo de drogas y la delincuencia sugiere la existencia de prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias que excluyen socialmente a estas personas marcándolas como alguien diferente, respaldando la noción de Goffman sobre la identidad deteriorada. Estos datos reflejan la necesidad de intervenciones de educación y sensibilización a toda la población en cuanto a los mitos y el estigma relacionados con la EM con el fin de poder mejorar la integración social de estas personas.

4.8.3 Con la Teoría del Etiquetado (Scheff, 1974)

En cuanto a la Teoría del Etiquetado de Scheff (1974) muestra como la sociedad etiqueta y reacciona ante las personas con EM, al considerárseles que no siguen las normas sociales establecidas. Estas reacciones sociales dan lugar a la estigmatización y discriminación. Los desviados de estas normas sociales son etiquetados como diferentes, peligrosos o incapaces, afectando las relaciones personales, la familia, los amigos, laborales de los afectados, generando un aumento en el aislamiento social que enfrentan estas personas, datos que se evidencian en la investigación en la presencia de estereotipos negativos no solo de las personas que no conocen a nadie con una EM, sino también en algunos aspectos de las personas que han tenido contacto con estas personas y de los participantes que conocen la EM por trabajo.

Las conclusiones de esta investigación coinciden con las observadas por Scheff, lo cual se evidencia en la presencia de estereotipos negativos del estudio, como la vinculación de la EM con la violencia, la mendicidad, las personas sin hogar, el consumo de drogas, y la delincuencia que coinciden con su planteamiento.

4.8.4 Con la Teoría del Estigma de Jones et al. (1984)

Con relación a la teoría acerca del estigma de Jones et al. (1984), plantea que la sociedad mantiene su estructura y orden, utilizando la asignación de estereotipos negativos a los individuos

que son percibidos como desviados o marginales. Este hecho da lugar a la discriminación de estas personas y su perpetuación, su modelo analiza el estigma, su visibilidad, su curso, la disrupción social que ocasiona, el origen de la marca y su peligrosidad.

En consonancia con esta teoría, los resultados mostraron la presencia una imagen estereotipada de las personas con EM en las respuestas de los participantes, se percibe a las personas con EM como impredecibles y se los asociaron a factores sociales negativos. En cuanto al origen de la marca, los resultados de esta investigación coinciden con las obtenidas por Jones et al. (1984), las respuestas de los participantes asociaron el origen de la EM, a una decisión personal como es el consumo de drogas, cabe destacar que los trabajadores en la salud mental también hicieron esta vinculación.

4.8.5 Con la teoría del Modelo del etiquetado y los trastornos mentales (Link et al. 1989)

Finalmente, la teoría de los Trastornos Mentales de Link et al. (1989) analiza como el etiquetado produce efectos negativos en la vida de las personas que sufren estas enfermedades. Una de las consecuencias es su devaluación y su discriminación social que comienza con su etiquetado de enfermo mental, no solo de parte de la sociedad sino en muchas ocasiones de parte de ellos mismos, lo que los lleva a tratar de ocultar su historial médico a empleadores, familiares, posibles parejas, para evitar el rechazo social. Otro efecto adverso del estigma social es la decisión de parte de los etiquetados a limitar o evitar los contactos sociales, estrategia aplicada para eludir las percepciones estigmatizantes. Otra reacción que se plantea es el esfuerzo de algunos pacientes de concientizar y sensibilizar a la sociedad acerca de su condición de su salud mental con el fin de contrarrestar las actitudes sociales discriminatorias. Las consecuencias de este estigma pueden limitar las oportunidades de una mejor calidad de vida, pueden contribuir a la exacerbación de su enfermedad, pueden internalizar estas etiquetas afectando su autoimagen y dando lugar a la

presencia del autoestigma, además del enfrentamiento de los prejuicios y la exclusión social que tienen que padecer.

En línea con los resultados de Link et al. (1989), nuestros datos presentan similitudes destacables como la detección de prejuicios, estereotipos y discriminación hacia las personas con EM. Cabe destacar, la observación de autoestigma en cuanto a considerar que su comportamiento es impredecible, peligroso, relacionar la EM con la violencia, la mendicidad, la delincuencia, las personas sin hogar y la drogadicción o tener una relación romántica con personas con EM, estos resultados muestran evidencia de un estigma internalizado, como se plantea en esta teoría.

En resumen, los hallazgos de este estudio ratifican y respaldan la vigencia de los modelos teóricos analizados y evidencian la necesidad de adoptar una perspectiva multidimensional para la comprensión y la reducción del estigma. Esta perspectiva debe integrar la educación sobre la naturaleza de la enfermedad y sus tratamientos, la sensibilización pública frente a los prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias existentes, así como la promoción de formas efectivas de inclusión social de las personas que viven en estas condiciones.

4.9 Análisis crítico e implicaciones de los resultados en el contexto ecuatorianos

Los resultados de la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” permiten evidenciar no solo la persistencia del estigma social hacia la enfermedad mental y hacia las personas que lo sufren dentro de la muestra estudiada de ciudadanos ecuatorianos, sino también reflexionar críticamente sobre las implicaciones dentro del contexto ecuatoriano, contrastándolo con recomendaciones de políticas antiestigma propuestas a nivel internacional.

Los resultados del estudio están en coherencia con el Modelo Social de Allport (1954), ya que los datos demuestran que el contacto previo con personas que sufren enfermedades mentales

tiende a reducir los prejuicios, estereotipos y actitudes discriminantes, en áreas de aceptación social como establecer relaciones de amistad con personas con EM, el apoyo a la integración educativa y laboral. También se detectó una percepción más realista sobre los conceptos de la EM, su origen y tratamientos. No obstante, también se encontró que este contacto no es suficiente por sí solo para erradicar completamente el estigma, lo que resalta la necesidad de estrategias complementarias que aborden el estigma tanto en forma individual como estructural. Lo que refuerza la teoría de Allport, donde se remarca que los contactos sociales que se tengan con las personas con EM deben ser positivos y en igualdad de condiciones.

. Diversos estudios han documentado que el estigma social opera en diferentes niveles: individual, interpersonal, institucional y cultural (Corrigan y Watson, 2002; Corrigan et al., 2003; Thornicroft et al., 2007). En este sentido los resultados del estudio son consistentes con estas investigaciones. Los hallazgos del presente estudio encontraron estigma en todos sus niveles, se encontraron ideas distorsionadas de lo que es una EM, se estigmatiza su origen vinculando con el consumo de drogas, existen prejuicios en cuanto a los tratamientos ya que se considera que la reclusión hospitalaria es un método efectivo de curación. En cuanto a los estereotipos, el estudio revela que la imagen de las personas con EM está asociada a la peligrosidad, las conductas impredecibles, se los relaciona con factores sociales negativos como la violencia, las personas sin hogar. Tornándose este estigma en un obstáculo que impide el acceso a los servicios de salud mental y a la integración plena de estos individuos a la sociedad (Angermeyer y Matschinger, 2003; Major y O'Brien, 2005).

En Ecuador no existen actualmente políticas claras focalizadas en el estigma de la EM, lo cual es similar a lo que sucede en la región latinoamericana. La OMS (2013,2015, 2021, 2022,2025) ha propuesto políticas centradas en la participación activa de las personas con EM en

el diseño de servicios, la promoción de campañas educativas basadas en la evidencia y en el fortalecimiento del enfoque de derechos humanos. Estas políticas propuestas, también son apoyadas por la Organización Panamericana de la Salud (2021, 2022,2023) que instan a los países latinoamericanos a implementar políticas focalizadas en la reducción del estigma estructural en los ámbitos de salud pública y educativas.

En el caso ecuatoriano, los resultados del estudio sugieren una necesidad urgente de adoptar políticas públicas que no solo se enfoquen en la atención de la salud mental, sino que promuevan activamente la inclusión social de las personas que padecen estos trastornos psicológicos. Tal y como lo han recomendado diversos autores. (Hoffman y Centeno, 2003; Scambler, 2018). Los cambios a realizarse en Ecuador requieren cambios culturales amplios, incluidos los medios mediáticos del país, el lenguaje institucional y la formación de los profesionales de salud.

Paton (2018), Slater y Tyler (2018), y Balogun-Mwangi et al. (2023) declaran que las intervenciones antiestigma deben ir más allá de las intervenciones individuales, mediante la inclusión de cambios legislativos y comunitarios que transformen las estructuras sociales que reproducen el estigma. En esta línea, se recomienda al Estado ecuatoriano una revisión de la protección de los Derechos Humanos de estas personas, las leyes y reglamentos de los hospitales psiquiátricos existentes en el país. Además de la generación de campañas antiestigma sostenidas en el tiempo y sostenidas en evidencia y co-creadas con las personas que tienen estas dolencias, así como la sensibilización y capacitación para los profesionales de salud, educación y los servicios sociales.

Estudios recientes respaldan la necesidad de políticas integrales en la lucha contra el estigma de la EM. Henderson et al. (2023) sugieren la integración de los derechos humanos en la atención primaria como un recurso para reducir el estigma de la EM. Stuart, (2016) remarcan la efectividad de los programas gubernamentales continuos, especialmente en jóvenes y docentes, para transformar actitudes a largo plazo. Knaak et al., (2021) aconseja integrar módulos de educación y sensibilización antiestigma en la formación de los profesionales de la salud, para que puedan identificar y combatir el estigma estructural relacionado con la salud mental y el consumo de sustancias, con el fin de fomentar la empatía y la competencia para brindar una atención más inclusiva y respetuosa. Política que también podría ser aplicable al ámbito educativo ecuatoriano.

Además, Rusch et al. (2005) revisan estrategias claves para reducir el estigma, y sugieren la protesta, la educación, el contacto directo con las personas con EM, subrayando la promoción del empoderamiento y la recuperación de las personas con EM deben ser la base de las políticas públicas.

Finalmente, se concluye que el reto para el Ecuador no solo radica en conocer y reconocer la existencia del estigma hacia las personas que padecen EM, sino en diseñar e implementar políticas públicas multisectoriales, sostenidas en el tiempo que aborden el estigma desde una perspectiva de los derechos humanos, inclusión social con el fin de garantizar la plena integración y el respeto e las personas con enfermedades mentales en el contexto ecuatoriano.

Quinta Parte

5. Conclusiones y recomendaciones

De acuerdo con los resultados de este estudio y la discusión desarrollada en el apartado anterior, a continuación, se destacan los hallazgos claves y las implicaciones más relevantes del estudio que se presenta.

5.1 Principales hallazgos sobre el estigma

Los resultados obtenidos revelan que el estigma hacia las personas con enfermedad mental continúa siendo una barrera significativa para su integración social plena. Este estigma se refleja en las concepciones erróneas sobre la EM. Se observa cuando los participantes confunden la EM con una discapacidad o se la concibe como una discapacidad intelectual. Se evidenciaron otras creencias estigmatizantes, se vinculó el origen de la enfermedad con el consumo de drogas y se percibió el internamiento psiquiátrico como una solución definitiva.

Se identificaron prejuicios en cuanto a la interacción social, así como la evitación y su limitación al derecho a la paternidad. Así también, se detectó la existencia de estereotipos de las personas con EM se les atribuye un comportamiento impredecible, se las considera como individuos peligrosos, se los relaciona con la violencia, la mendicidad, la delincuencia, las personas sin hogar y la drogadicción. Con relación a las actitudes discriminatorias, se encontró que la mayoría de los participantes no tendrían una relación romántica con personas con EM y consideran que estas deberían ser obligadas a tener un tratamiento médico, aunque no quieran.

5.2 Efectos del contacto personal con personas con EM

Otro hallazgo relevante que se encontró, es la influencia del contacto con personas que padecen una EM en la reducción del estigma. La mayoría de los que han tenido contacto directo tienen un conocimiento más acertado de la EM, menos prejuicios y menos actitudes discriminatorias, en contextos como la educación conjunta con personas con EM, la contratación

laboral, el alquiler de viviendas y la disposición de tener relaciones de amistad y prestar ayuda. Así mismo, los participantes en su gran mayoría rechazaron creencias erróneas acerca de la inferioridad genética y se tiende a considerar la EM como cualquier otra enfermedad.

Sin embargo, también se encontró algunos estereotipos en estos grupos como la percepción de que las personas con EM son impredecibles, el rechazo a la idea de tener una relación romántica con estas personas, la atribución de su origen al consumo de drogas y la vinculación de estas personas con factores de marginación social como la violencia, las personas sin hogar y la mendicidad.

Finalmente, si bien el contacto previo con personas con EM contribuye en general a una percepción menos estigmatizante, los resultados también sugieren que dicho contacto con personas con enfermedad mental, no siempre garantiza, una reducción significativa del estigma, lo que evidencia la necesidad de intervenciones educativas con el fin de mejorar la percepción e integración plena de las personas que sufren una enfermedad mental.

5.3 La educación como factor protector

La investigación evidencia que el nivel de educación influye en la concepción de la EM, los ciudadanos con nivel de educación universitario fueron los que menos estigmatizaron la concepción de la EM.

5.4 Sectores con menor estigma identificado

Este estudio evidenció áreas con actitudes más positivas:

1. Aceptación de la educación conjunta con personas con EM.
2. Se rechazó la idea de inferioridad genética de las personas con estas dolencias.
3. La mayoría de los participantes estuvieron dispuestos a ser amigos y prestar ayuda.
4. Apoyo al acceso al empleo y la vivienda.

5. Se consideró que las personas con EM si podían cuidar de sí mismo.

6. Las personas que habían tenido contacto con personas con EM tenían un mejor conocimiento de la enfermedad, reconocían la dificultad de acceder al sistema sanitario que tenían los pacientes, entendían que abandonar el tratamiento podría ser perjudicial y que se debía tratar la enfermedad, aunque no existían síntomas, se normalizaba la enfermedad como cualquier otra, se desmitificaba la idea de que son incurables.

En cuanto a los prejuicios la mayoría no evitaba el contacto y el diálogo con estas personas, no se consideraba necesario el internamiento psiquiátrico regularmente.

5.5 Sectores con mayor estigma identificado

Aunque la tendencia general de los resultados en cuanto al contacto con personas con EM es positiva en la reducción del estigma, se detectó que aun en los grupos que habían tenido contacto con personas con EM persistían los siguientes estigmas sociales:

1. Persistía el estereotipo de que son personas impredecibles.
2. El origen de la EM se lo relacionó con una elección personal, la drogadicción.
3. Se vinculó a las personas con EM a la violencia, la mendicidad y las personas sin hogar.
4. Se consideraba el internamiento psiquiátrico como necesario.
5. Existía mayores dificultades de diálogo y mayores porcentajes de evitación.
6. Entre las personas que no tuvieron contacto con personas con EM tuvieron un menor conocimiento de la EM y sus tratamientos.
7. La mayoría de los participantes reportaron que no tendrían una relación romántica con una persona con EM.

8. En el grupo de ciudadanos que reportaron tener una EM, se detectó la presencia de autoestigma en algunas áreas como la posibilidad de tener una relación romántica, relacionaron la EM con la violencia y el estereotipo de que las personas con EM son impredecibles.

5.6 Repercusiones en políticas públicas

La percepción de que las personas deben ser obligadas a tener un tratamiento médico y el internamiento psiquiátrico podría reflejar una falta de conocimiento sobre la capacidad que tienen estas personas para tomar decisiones autónomas. Esto sugiere la necesidad de políticas públicas que protejan y promuevan sus derechos.

Estos datos recomiendan la necesidad de que se efectúen intervenciones y promocionen campañas educativas que ayuden a informar mejor a la sociedad sobre la naturaleza de la EM, se promuevan contactos positivos con las personas con EM, con el fin de reducir el estigma hacia la imagen pública de las personas que padecen la enfermedad. Otra intervención importante que se podría efectuar es la mejora de políticas públicas que permitan la integración social de estas personas en los ámbitos educativos y laborales del país.

5.7 Evaluación del cumplimiento de objetivos

El objetivo general de la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” era conocer si existe estigma social hacia las personas que sufren EM en una muestra de ciudadanos ecuatorianos, fue cumplido mediante la aplicación de un enfoque cuantitativo – descriptivo que incluyó múltiples técnicas de análisis estadístico.

En primer lugar, se aplicó estadística descriptiva (medias y desviaciones estándar) para caracterizar las respuestas de los participantes en el estudio, en relación con tres dimensiones del

estigma: prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias. Estas dimensiones fueron operacionalizadas por medio de ítems específicos en el instrumento diseñado.

Así mismo, se realizaron cruces de variables mediante la prueba Chi-cuadrado para examinar e identificar diferencias significativas en función de variables como nivel educativo, sexo, y contacto o no con personas con EM.

Para evaluar la fiabilidad del instrumento, se calculó el coeficiente de alfa de Cronbach, obteniéndose en la escala general del instrumento 0.834, lo cual indica una alta consistencia interna de los ítems.

Además, se efectuaron análisis de varianza Anova de un factor (con prueba de Welch) para explorar las diferencias en los niveles de estigma en función del contacto o no con personas con EM.

En conjunto, estos análisis evidenciaron la presencia de estigma social hacia las personas con EM en la muestra ecuatoriana analizada, cumpliendo así con los objetivos planteados. De igual manera, se identificaron patrones relevantes para el diseño de estrategias educativas y de intervención en políticas públicas orientadas a la reducción del estigma hacia las personas con enfermedad mental.

Con relación a los objetivos específicos:

5.7.1 Actitudes estigmatizantes (prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias)

Este objetivo se alcanzó al identificar prejuicios como la dificultad de diálogo con personas con EM, la percepción de la necesidad del internamiento psiquiátrico, y las opiniones acerca de su derecho de paternidad. Además, se detectó que las personas tenían ideas estereotipadas se percibía que las personas con EM tienen un comportamiento impredecible, son peligrosos, relacionaron la EM con la violencia, la mendicidad, la delincuencia, las personas sin hogar y la drogadicción.

Finalmente, se puede identificar algunas actitudes discriminatorias como el hecho de que la mayoría de los participantes nunca se involucrarían románticamente con alguien que tiene una EM, se las debía obligar a tener un tratamiento médico, aunque no quieran.

5.7.2 Concepciones de la enfermedad mental, su origen y tratamientos

Este objetivo también se llevó a cabo, al detectar que existían concepciones erradas sobre la EM, al confundirlas con una discapacidad intelectual, al vincular su origen con el consumo de drogas y al considerar que sería mejor para la sociedad que las personas con enfermedades mentales graves estuvieran internadas en un hospital psiquiátrico, datos que reflejan una comprensión poco precisa y estigmatizada de la EM.

En conclusión, el objetivo general y los específicos se alcanzaron satisfactoriamente, permitiendo identificar la existencia de estigma hacia las personas con EM en la muestra de ciudadanos ecuatorianos estudiada.

5.8 Aportes al campo académico

Los resultados de la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” contribuye al campo de la psicología social y al área de salud mental de la República del Ecuador al proporcionar datos empíricos sobre el estigma de las enfermedades mentales en el contexto ecuatoriano. Esta tesis enriquece la comprensión de cómo el estigma social hacia las enfermedades mentales se manifiesta en las concepciones de la EM, los prejuicios, los estereotipos y las actitudes discriminatorias existentes en la muestra estudiada y cómo se ven influenciados por el nivel educativo, el género y el contacto o no con personas con EM.

Los resultados de este estudio son relevantes porque confirman y apoyan las tendencias observadas en estudios de otros países en América Latina (Rodríguez, 2011; Mascayano, 2015;

OPS, 2020, 2022, 2023), al tiempo que destaca las características y matices específicos de una muestra de ciudadanos ecuatorianos.

Finalmente, los hallazgos de la investigación ofrecen información valiosa para el diseño de intervenciones de educación y sensibilización que pueden adaptarse al contexto ecuatoriano, tal como lo recomendó la OMS (2004) donde contempló que es de vital importancia entender los conceptos de salud mental de una comunidad, antes de involucrarse en promociones de salud mental.

5.9 Sugerencias para el diseño e implementación de programas educativos, estrategias de sensibilización y políticas públicas contra el estigma

A partir de los resultados obtenidos en la investigación “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos”, se considera fundamental pasar del proceso de diagnóstico al diseño de intervenciones concretas que permitan reducir el estigma hacia las enfermedades mentales en el contexto ecuatoriano, dando lugar al cumplimiento de los objetivos del estudio. A continuación, se proponer acciones en los contextos educativos, comunitarios e institucionales que podrían guiar la implementación de programas y políticas públicas sostenibles.

5.9.1 Propuestas de programas educativos y campañas comunitarias basadas en evidencia

Se propone implementar programas públicos de educación y campañas de sensibilización de carácter estatal que operen de manera articulada en las instituciones educativas del país, tanto en las instituciones de educación primaria, secundaria y universitaria, así como también en los espacios comunitarios, donde se pueda fomentar diálogos abiertos intergeneracionales participativos sobre la salud mental. Estas intervenciones deben tener el fin principal de desmitificar el estigma hacia la EM y las personas que lo sufren. Además, se debe informar acerca

de la naturaleza de la EM, dirigida a la sensibilización acerca de los prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias que tienen que enfrentar las personas con EM, además de sufrir la propia enfermedad, promoviendo una percepción más humana y empática de las personas que padecen estas condiciones.

El foco de estas campañas debe tener una doble función, brindando información científica accesible sobre la naturaleza de las enfermedades mentales en cuanto a sus causas, síntomas y tratamientos; y por otro lado sensibilizar activa y continuamente a la sociedad ecuatoriana acerca de las consecuencias negativas de los prejuicios, estereotipos y las actitudes discriminatorias que, además del sufrimiento que acarrea la enfermedad, agravan a los paciente el malestar del estigma y el rechazo social obstaculizando la integración social de estas personas y al goce de sus derechos humanos (Corrigan y Watson, 2002; Thornicroft et al., 2002).

Esta educación y sensibilización sería más efectiva si se comenzará desde edades tempranas, ya que es durante la infancia y adolescencia cuando se forman las creencias sociales y representaciones mentales más persistentes. En este sentido, la inclusión de contenidos sobre salud mental y estigma dentro del currículum escolar, adaptados a la escuela primaria, secundaria y universitaria, podría abordar los imaginarios sociales con una perspectiva formativa y dirigida a la sensibilización y empatía. Los formatos participativos podrían ser audiovisuales y testimoniales que integren la voz de las personas que viven con la EM, lo cual ha demostrado tener mayor impacto en la reducción del estigma.

Finalmente, se recomienda que el contenido debe articularse con un enfoque a los derechos humanos y la justicia social, promoviendo el reconocimiento y respeto de la dignidad inherente de todas las personas, con el fin de eliminar prácticas discriminatorias que históricamente han sido

legitimadas por falta de información, los prejuicios, los estereotipos y el temor hacia las personas que sufren una EM.

5.9.2 Estrategias de contacto social significativo para humanizar la percepción de la enfermedad mental

Los resultados del presente estudio “*El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos*”, evidenciaron que el contacto con personas con EM puede favorecer a tener un conocimiento más acertado de la EM y genera menos prejuicios y estigma.

Esta conclusión está respaldada por la literatura científica internacional acerca del estigma de la EM analizada en esta investigación, la cual ha señalado que el contacto social significativo en interacciones cercanas, cooperativas y en condiciones de igualdad son una de las estrategias más eficaces en la lucha contra el estigma.

En el contexto ecuatoriano, se recomienda el diseño e implementación de estrategias institucionalizadas de contacto, que promuevan el contacto positivo entre personas con y sin EM. Estos programas se podría llevar a cabo mediante programas de voluntariado inclusivo, proyectos comunitarios colaborativos, espacios de participación ciudadana, y actividades conjuntas en el ámbito educativo y laboral, lo que podría dar como resultado una percepción más realista y humana de estas personas. La clave de estos encuentros es permitir el reconocimiento mutuo, lo cual pueden desmitificar los prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias.

Se recomienda el uso de formatos audiovisuales, testimoniales, documentales, relatos en primera personas, teatro foro y cápsulas digitales, que muestren experiencias reales de personas que viven con EM y enfrentan el estigma. Este tipo de recursos, cuando se trabajan en contextos educativos o en campañas, han demostrado tener una gran efectividad, especialmente cuando se

combinan con momentos de reflexión colectiva y análisis crítico (Cangas et al., 2019, Cangas et al. 2017, Moraleda et al., 2023)

5.9.3 Formación integral de profesionales de salud, educación y líderes comunitarios

Una de las manifestaciones más persistentes del estigma hacia la EM se presenta en contextos institucionales, donde incluso los profesionales dedicados a la salud mental, la enseñanza o la orientación pueden reproducir prejuicios, estereotipos o actitudes discriminatorias excluyentes. Razón por la cual es imprescindible diseñar estrategias de formación continua y de sensibilización dirigida a profesionales de salud, educación y líderes comunitarios, con el fin de prevenir la perpetuación del estigma institucional y promover una cultura de respeto e inclusión.

Esta capacitación y sensibilización debe estar enfocada en el fomento del respeto de los derechos humanos. Incluyendo además, los conocimientos médicos de la EM. Es esencial que los profesionales comprendan que la carga biológica de una EM es devastadora, a lo que se suma la lucha del paciente contra los prejuicios, estereotipos y discriminación sociales, lo que empeora y deteriora el estado de estas personas.

Se recomienda el uso de experiencias de contacto positivo con personas que viven esta situación en las capacitaciones, ya sea mediante testimonios, recursos audiovisuales o diálogos guiados.

5.9.4 Desarrollo e implementación de políticas públicas inclusivas y sostenibles

La erradicación del estigma hacia la EM, no puede depender exclusivamente de intervenciones individuales o comunitarias aisladas, requiere un compromiso institucional y político sostenido en el tiempo que garantice la igualdad de derechos, la protección social y el acceso a los servicios básico sin discriminación. En este sentido, las políticas gubernamentales son

clave para transformar el enfoque de la salud mental, desde una perspectiva no solo médica sino centrada en el bienestar, la inclusión social y la dignidad de las personas.

En el caso de Ecuador, no existen políticas públicas específicas en la lucha contra el estigma de la EM de manera integral. Este estudio registró algunas intervenciones comunitarias aisladas, que son buenas pero carecen de un alcance a nivel nacional. Esta carencia ha sido evidenciada por organismos internacionales, que han instado al país y a la región latinoamericana a desarrollar estrategias multisectoriales, sostenibles y basadas en evidencia (OMS, 2017, OMS, 2021).

Se recomienda, el diseño e implementación de políticas públicas sostenibles, que aseguren la integración social en el ámbito educativo y laboral, el empoderamiento de estas personas y la reducción de barreras institucionales. A continuación se presentan cinco ejemplos de políticas públicas exitosas, que podrían ser adaptadas al contexto ecuatoriano o servir de referencia para el desarrollo en el país.

Time to Change (Reino Unido). Campaña nacional respaldada por el gobierno y organizaciones civiles, centrada en la reducción del estigma por medio de testimonios reales, contacto social, educación pública y monitoreo del impacto (Time to Change, s.f.)

Opening Minds (Canadá). Dirigida por la Comisión de Salud Mental de Canadá, basada en evaluaciones empíricas y programas diferenciados para los medios de comunicación, escuelas profesionales de la salud y lugares de trabajo (Mental Health Commission of Canada, s.f.).

Programa “Like Minds, Like Mine” (Nueva Zelanda). Promueven la normalización de la salud mental mediante campañas multimedia, en colaboración con las comunidades indígenas y el fortalecimiento de las redes de apoyo (Like Mins, Like Mine, s.f.).

Beyond Blue (Australia). Campañas de estrategias para afrontar la depresión, la ansiedad y el estigma asociados, con acciones en educación, atención primaria y medios de comunicación, así como la distribución de recursos específicos para poblaciones vulnerables (Beyond Blue, s.f.).

5.9.5 Acciones para el empoderamiento personal y la reducción del autoestigma

El estigma de la EM no solo se manifiesta en los ámbitos sociales e institucionales, sino que es interiorizado por las personas que sufren una EM, lo que se denomina autoestigma. Este proceso implica la aceptación de los prejuicios, estereotipos y discriminación por parte de las personas afectadas con estas patologías, lo que afecta profundamente la autoestima, la autoeficacia, la esperanza, la motivación para buscar ayuda o participar en actividades sociales o laborales (Corrigan y Rao, 2012, Stuart, 2016).

En el estudio “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” se identificó percepciones que reflejan autoestigma, evidenciando el temor al rechazo, el silencio frente al diagnóstico y la resignación frente a la exclusión.

Para mejorar la reducción del autoestigma en las personas con EM, es vital que se las incluya y participen activamente en estas campañas de sensibilización, con el fin de poder visibilizar sus experiencias y voces con el objetivo de que puedan construir una identidad positiva y empoderada, promoviendo un cambio no solo en la sociedad, sino también en las personas afectadas, dándoles herramientas para ayudar a superar las barreras del estigma social, con el fin de lograr una mejora en su calidad de vida y una integración social plena.

Se recomienda implementar programas psicoeducativos, grupos de apoyo entre pares, talleres de liderazgo, espacios de expresión creativa (arte, cultura, escritura) y la formación en derechos humanos y civiles, con el fin de fortalecer la resiliencia individual y la conciencia crítica colectiva (Corrigan et al., 2012, Jodelete, 1986)

5.9.6 Futuras investigaciones

Explorar más a fondo la situación social de las personas afectadas con EM en su integración social en los sectores educativos y laborales, el acceso al sistema de salud mental tanto en las zonas urbanas y rurales del país.

Investigar sobre la enfermedad mental y su estigma en poblaciones que hablan otras lenguas como el quichua, y otras comunidades indígenas del país.

Analizar el estado de las personas con EM en condiciones de reclusión penitenciaria.

Conocer acerca de las condiciones de los familiares de las personas con EM en cuanto a su conocimiento y estigma de la EM, en cuanto a los recursos que tienen para enfrentar estas condiciones de salud de sus familiares.

En resumen, estas recomendaciones buscan contribuir a la reducción del estigma hacia las EM en el contexto ecuatoriano con el fin de fomentar una sociedad más inclusiva y consciente, que respete e integre a las personas con enfermedades mentales.

5.10 Relevancia práctica del estudio

Desde una perspectiva práctica, los resultados de la investigación “El estigma de la enfermedad mental en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” subrayan la necesidad de realizar intervenciones educativas entre la población en general, incluida las personas que sufren de la enfermedad y sus familias, en cuanto a la naturaleza de la enfermedad mental, su origen y sus tratamientos. Así mismo con la misma importancia, es fundamental las intervenciones a la par en la educación acerca de los mitos y estigmas que la sociedad ha creado alrededor de estas enfermedades y de las personas que las sufren con el fin de reducir el estigma.

La evidencia de que el contacto con personas con EM se asocie con un conocimiento más acertado de la enfermedad, y actitudes menos prejuiciosas y discriminatorias sugieren que estas

intervenciones además de los conocimientos de la EM que proporcionen, deben promover con la misma importancia el contacto con personas con EM dentro de los programas de sensibilización. Tal como lo plantea Allport en su Modelo del Contacto Social (1954), aumentando las oportunidades de interacción con estas personas, en contextos igualitarios y cooperativos podrían fomentar actitudes sociales más inclusivas y empáticas hacia estas personas.

Los hallazgos de esta investigación también plantean la necesidad de programas de sensibilización en el área de los trabajadores de la salud en general, y en especial de los de salud mental, con el fin de promover la desestigmatización de las etiquetas diagnósticas en los contextos de los servicios de salud sanitario y buscar alternativas que minimicen el impacto negativo del etiquetado de “enfermo mental” que se ha desarrollado, tal como lo plantean Scheff (1974) y Link et al. (1989). Esto podría contribuir a reducir los estereotipos negativos que se ha detectado en el estudio, donde las personas que trabajan con personas con EM asociaron la EM con la peligrosidad, la violencia, las personas sin hogar y la drogadicción.

Estos programas podrían tener un impacto positivo en la reducción del estigma de la EM y de las personas que sufren estas enfermedades, promoviendo una imagen pública más humana y mejorando la calidad de vida y su inclusión social.

En resumen, estos resultados del estudio “La percepción de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” aporta significativamente al conocimiento sobre el estigma de la enfermedad mental siguiendo una ruta que comienza con la indagación de sí las personas que participan han tenido contacto o no con la EM, la concepción de la EM, la existencia de posibles prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias, en línea con las teorías clásicas sobre el Contacto Social de Allport (1964), el modelo del Estigma de Goffman (1963) y el Modelo Teórico de las Dimensiones del Estigma de Jones (1984). Los hallazgos de este estudio aportan

evidencias sobre cómo el contacto y la familiaridad con la EM puede ayudar en un conocimiento más acertado de la enfermedad, puede disminuir los prejuicios y la exclusión social, respaldando la Teoría del Etiquetado de la EM de Scheff (1974) y la Teoría Modificada de los Trastornos Mentales de Link et al. (1989), teorías que enfatizan el impacto negativo que ocasiona el etiquetado de las personas con EM.

En la práctica se sugiere no solamente realizar intervenciones educativas sobre la naturaleza de la enfermedad, sino también a promover el contacto social positivo con personas con EM con el fin de promover una desmitificación de los estereotipos y mitos asociados a la EM y las personas que lo sufren, dando lugar a una inclusión social más empática y comprensiva.

Este estudio sobre “El estigma de las enfermedades mentales en una muestra de ciudadanos ecuatorianos” presenta diversas limitaciones metodológicas y contextuales que es importante considerar al interpretar los resultados.

5.11 Limitaciones

El uso de una muestra no probabilística de 360 ciudadanos ecuatorianos, el estudio no contempla que los resultados sean representativos de la población ecuatoriana en general, limitando la capacidad de generalización de los resultados.

La recolección de los datos durante el encierro de la pandemia del COVID-19 puede significar algunas limitaciones como la modificación y percepción hacia la salud mental, debido a un aumento significativo de factores de estrés y de salud mental. Es posible que los resultados no reflejen las percepciones que se pueden dar en un contexto no pandémico.

El estudio es de diseño cuantitativo, descriptivo e inferencial que permite analizar patrones y relaciones estadísticas entre variables, pero no es posible profundizar en las experiencias personales, ni explorar en profundidad los motivos o contextos detrás de estas opiniones y

percepciones, lo que limita la comprensión integral del estigma y su impacto en la vida de las personas con EM.

Debido a que el estudio se centra exclusivamente en ciudadanos ecuatorianos, es posible que los resultados no sean aplicables a otras culturas o poblaciones con diferentes contextos sociales, culturales y económicos.

La investigación tiene una limitación temporal del estudio, si bien los resultados permiten hacer un análisis descriptivo inferencial, estos hallazgos solo representan un momento específico y podrían no capturar las posibles variaciones a lo largo del tiempo.

5.12 Recomendaciones para futuras investigaciones

Se proponen las siguientes recomendaciones para futuras investigaciones acerca del estigma social hacia las enfermedades mentales:

La utilización de muestras representativas y diversificadas con el fin de poder hacer una generalización de los resultados, empleando muestras probabilísticas y aumentando el tamaño de la muestra. Además, se podría hacer con una población más diversa, que no contemplara solo ciudadanos ecuatorianos, sino a personas de diferentes contextos culturales, sociales y económicos.

La realización de la investigación con un diseño mixto podría aportar una comprensión más profunda del estigma, al poder explorar las experiencias personales de las personas que sufren una EM y sus familias, se podría profundizar en las motivaciones, contextos que influyen en las actitudes y percepciones hacia la EM, pudiendo lograrse una visión más integral de este fenómeno social.

Dado que la investigación tiene una limitación temporal y solo captura un momento específico, sería útil desarrollar investigaciones longitudinales que examinen como cambian las

percepciones del estigma de la EM a lo largo del tiempo, lo que podría ayudar a determinar cómo diferentes eventos sociales influyen en el estigma.

Investigar la efectividad de los programas de sensibilización sobre salud mental, adaptándolos a las concepciones y al contexto cultural de la región estudiada.

Referencias bibliográficas

Angermeyer, M. C., y Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), 526-534.

Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163–179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>

Agrest, M., Mascayano, F., Ardila-Gómez, S. E., Abeldaño, A., Fernández, R., Geffner, N., & Zalazar, V. (2015). Estudio sobre el estigma percibido y el estigma experimentado según los usuarios de servicios de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires: Su impacto en la recuperación. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 9(1), 1-15. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/handle/CLACSO/142682>

Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 27–58. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.27>

Aldasoro, V. (2017). *De la enfermedad mental a la salud mental: un recorrido historizante sobre la locura en nuestro país* [Trabajo final de Grado]. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/18198>

Alonso, I. y Méndez, M. J. (2015). Discriminación y rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. En K. M. Villaseñor, L. Pinto, M. Fernández y C. Guzmán (Coords.), *Pedagogía social: acción social y desarrollo* (pp. 1321-1324). Universidad de Vigo.

Alcaín, E., Colis, J.A., Galilea, V., Lavado, A.I., Muñiz, E., Nicolás, M., Pagola, R., Rodríguez, A., San Bernardo M.T., Sánchez, O. y Sobrino, T., (2001). *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*.

[Http://madrid.org/bvirtual/BVCM007056.pdf](http://madrid.org/bvirtual/BVCM007056.pdf)

Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. Addison Wesley Publishing Company.

American Psychiatric Association. (2022). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5-TR). <https://www.psychiatry.org>

American Psychiatric Association. (2024). Stigma, prejudice and discrimination against people with mental illness. Psychiatry.org. <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>

American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. <https://www.apa.org/ethics/code/>

Angermeyer, M. C. y Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163-179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1971). *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental*.

[https://dhpedia.wikis.cc/wiki/Declaraci%C3%B3n_de_los_Derechos_del_Retrasado Mental](https://dhpedia.wikis.cc/wiki/Declaraci%C3%B3n_de_los_Derechos_del_Retrasado_Mental)

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1990). *Declaración de Caracas sobre la atención de la salud mental*. https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (6ª ed.). Editorial Episteme. <https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf>

Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <https://www.wma.net/es/policies->

[post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/](#)

Baena, B. G. y Navarro, J. I. (2018). *Percepción social y estigma de la enfermedad mental. Implicaciones en su atención*. Biblioteca Las Casas.

Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., & Charman, T. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *The Lancet*, 368(9531), 210-215. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69041-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69041-7)

Balogun-Mwangi, O., DeTore, N. R., & Russinova, Z. (2023). “We don’t get a chance to prove who we really are”: A qualitative inquiry of workplace prejudice and discrimination among Black adults with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(1), 4–13. <https://doi.org/10.1037/prj0000527>

Banco Mundial. (2023). Ecuador: Panorama general. <https://www.bancomundial.org/es/country/ecuador/overview>

Barañano, A., García, J., Cátedra, M. y Devillard, M. (2007). *Diccionario de relaciones interculturales: Diversidad y globalización*. Editorial Complutense S. A. <https://journals.openedition.org/trace/413>

Baronet, A.M. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness: A critical review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 19(7), 819-841. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00076-2](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00076-2)

BBC Mundo. (2024, 12 de octubre). Lo que la medicina occidental puede aprender de las civilizaciones antiguas. <https://www.bbc.com/mundo/articles/c9d1d768j08o>

Beeghly, E. (2015). What is a Stereotype? What is Stereotyping? *Hypatia*, 30(4), 675-691.

<https://doi.org/10.1111/hypa.12170>

Beyond Blue. (s.f.). About Beyond Blue. Recuperado el 18 de junio de 2025, de

<https://www.beyondblue.org.au/>

Brea, J. y Gil H. (2016). Estigma y salud mental. Una reflexión desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 78, 95-112. Universidad Complutense de Madrid.

<https://www.embed.sis.net/ver.php?Ncodigo=515730&id=es>

Binario. (2023). Salud Mental en contextos interculturales del Ecuador. Una Perspectiva

Psicoterapéutica. <https://binario.com.ec/salud-mental-en-contextos-interculturales-del-ecuador-una-perspectiva-psicoterapeutica/>

Bridley, A. y Lee W. (2023). *Fundamentos de los trastornos psicológicos*. Washington State University.

Cangas, A. J., Navarro, N., Aguilar, J. M., Trigueros, R., Gallego, J., Zárate, R., & Gregg, M. (2019). Usefulness of a serious game to raise awareness among young people about mental health problems. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), 1504.

<https://doi.org/10.3390/jcm8101504>

Cangas, A. J., Navarro, N., Aguilar, J. M., Trigueros, R., Gallego, J., Zárate, R., & Gregg, M. (2019). Usefulness of a serious game to raise awareness among young people about mental health problems. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), 1504.

<https://doi.org/10.3390/jcm8101504>

Cárdenas, O., Edison, J. y Parada, B. (2023). Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en el Ecuador. [Epidemiology of psychiatric morbidity in Ecuador]. *Gaceta Médica*

Espirituana, 23(1), 53-65. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1339934>

- Carifio, J., & Perla, R. J. (2007). Ten common misunderstandings, misconceptions, persistent myths and urban legends about Likert scales and Likert response formats and their antidotes. *Journal of Social Sciences*, 3(3), 106–116.
<https://doi.org/10.3844/jssp.2007.106.116>
- Casañas, R., Parés-Badell, O., Castellví, P., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., & Gabilondo, A. (2024). Alfabetización en salud mental en adolescentes españoles y su relación con variables sociodemográficas y educativas. *Revista Española de Salud Pública*, 98, e202403018.
- Casañas, R., Arfuch, VM., Castellví, P., Gil, J.M., Torres, M., Pujol, Castells, G., Teixidó, M., San-Emeterio, M.T., Sampietro, H.M., Causa, A., Alonso, J. y Lalucar-Jo.L. (2018) “EspaiJove.net”- a school-based intervention programme to promote mental health and eradicate stigma in the adolescent population: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health* 18, 939. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5855-1>
- Castrillón-Valderrutén, María del Carmen. (2020). Entre asilos y hospitales psiquiátricos. Una reflexión historiográfica sobre el programa institucional de atención a la locura en Colombia. *Sociedad y Economía*, (40), 143-162. <https://doi.org/10.25100/sye.v0i40.8327>
- Castro, H. (2005). Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico social. *Revista de Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 6(1), 33-42. <https://tinyurl.com/59rj24mm>
- Catalán, R. P. (2008). Locos y locura a finales de la Edad Media: representaciones literarias y artísticas. *Revista de Filología Románica*, 25, 127-138.
<https://revistas.ucm.es/index.php/RFRM/article/view/RFRM0808110127A/9548>
- Conlago Chuquimarca, A. K., & Trujillo Aldaz, A. K. (2022). Efectos que genera el estigma social hacia personas que padecen de sufrimiento mental [Trabajo de grado, Universidad

Politécnica

Salesiana].

Repositorio

UPS.

<http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/21577>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2012). *La discriminación y el derecho a la no discriminación*. CNDH México. www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/21-discriminacion-dh.pdf

Comisión de Derechos Humanos de Ontario. (s.f.). *6 formas de discriminación*. Recuperado 29/11/2024, de <https://www.ohrc.on.ca/en/policy-ableism-and-discrimination-based-disability/6-forms-discrimination>

Cook, T. M. y Wang, J. (2010). Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta. *BMC Psychiatry*, 10(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-29>

Colligan, M.J., Pennebaker, J.W., & Murphy, L.R. (Eds.). (1982). *Mass Psychogenic Illness: A Social Psychological Analysis* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315825694>

Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 201-222. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(98\)80006-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(98)80006-0)

Corrigan, P. W., y Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776.

Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Champion, J., ... y Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187-195. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865>

- Corrigan, P. y Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *1*(1), 16–20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
- Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D. y Kubiak, M. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, *44*(2), 162-179. <https://doi.org/10.2307/1519806>
- Corrigan, P. W. (2005). On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10887-000>
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, *63*(10), 963-973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Cueva Valdivieso, A., & De la Torre Bossano, S. N. (2023). Alfabetización en salud mental y estigma percibido en adolescentes de 13 a 18 años del Ecuador [Tesis de maestría, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio USFQ. <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/13094>
- Couture, S. M. y Penn, D. L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, *12*(3), 291-305. <https://doi.org/10.1080/09638231000118276>
- Debesse M. y Mialaret G. (1973). *Historia de la pedagogía*. Ediciones Oikos - Tau.
- Dos IM Marketing. (2023). *Estudio de redes sociales en Ecuador 2023: Facebook sigue liderando*. <https://2immarketing.com/redes-sociales-mas-usadas-en-ecuador/>

- Díaz Cedeño, G. M., & Villacrés Bolaños, K. A. (2023). Percepción de estigma de los estudiantes de salud hacia las personas con trastornos mentales [Trabajo de grado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio UCE. <https://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/32129>
- Dovidio, J. F. (2001). On the nature of contemporary prejudice: The third wave. *The Journal of Social Issues*, 57(4), 829-849. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/0022-4537.00244>
- DW, (2023, 11 de mayo). El estigma de la salud mental en América Latina. <https://www.dw.com/es/la-estigmatizaci%C3%B3n-de-la-salud-mental-en-am%C3%A9rica-latina/a-65581765>
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Echeita, G. (2006). *Educación para la inclusión o educación sin exclusiones*. Editorial Narcea
- El Comercio. (2021, 21 de febrero). Así se dice ‘Ecuador, un país diverso’ en nueve lenguas maternas. <https://www.elcomercio.com.ec/tendencias/lenguas-maternas-ecuador-pais-diverso.html>
- Elferink, J. (2000). Desórdenes mentales entre los incas del Antiguo Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 63, 3-18. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1470/1498>
- Echavarría, M. (2008). Las enfermedades mentales según Tomás de Aquino: sobre el concepto de enfermedad. *Scripta Mediaevalia*, 1(1), 91–115. <https://bdigital.uncu.edu.ar/3760>
- Echeverría Muñoz, E. V. (2023). Estigma hacia los trastornos mentales graves en estudiantes de nivelación de una universidad pública, período 2022-2023 [Trabajo de investigación, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio UCE. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/31166>

- El País. (2024, 16 agosto). Sol, plantas y mermelada cuando los estigmas de salud mental se desarmen en un huerto. El País. <https://elpais.com/america-futura/2024-08-16/sol-plantas-y-mermelada-cuando-los-estigmas-de-salud-mental-se-desarman-en-un-huerto.html>
- El Telégrafo. (2023, 5 de abril). ¿Qué religiones se practican en Ecuador? <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/nacionales/44/que-religiones-se-practican-en-ecuador>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fairclough, N. (2010). *Critical discourse analysis: The critical study of language*. Pearson Education.
- Fernández, C. (2003). *Psicologías sociales en el umbral del siglo XXI*. Editorial Fundamentos.
- Fink, P. y Tasman, A. (1992). *Stigma and mental illness*. American Psychiatric Press Inc.
- First, M. (2022). *Tratamiento de las enfermedades mentales*. Columbia University. <https://2ur.jp/ss8m>
- First, M. B. (2024). *Tratamiento de las enfermedades mentales*. Merck Manual. <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/tratamiento-de-las-enfermedades-mentales>
- Fox, A. B. y Earnshaw, V. A. (2023). The relationship between mental illness stigma and self-labeling. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(2), 127–136. <https://doi.org/10.1037/prj0000552>
- FP Analytics. (2023). Hacia un cambio de paradigma en la salud mental en Latinoamérica. <https://fpanalytics.foreignpolicy.com/wp->

content/uploads/sites/5/2023/09/Spanish_Towards-a-Paradigm-Shift-in-Mental-Health-in-Latin-America.pdf

Freud, A. (2020). *Mental Health in Schools: A guide to supporting children's wellbeing*. Anna Freud National Centre for Children and Families.

<https://www.annafreud.org/schools-and-colleges/>

Fundamedios. (2020, julio 24). Romper con el estigma hacia las enfermedades mentales desde el #PeriodismoConsciente. <https://www.fundamedios.org.ec/fundamedios-yahira-saludmental-periodismo-pandemia/>

Furst, P. T. (1996). *Hallucinogens and Culture*. Chandler & Sharp Publishers.

Galea, S., Merchant, R. M. y Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine*, 180(6), 817-818. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562>

Gamarnik, C. (2009). Estereotipos sociales y medios de comunicación: Un círculo vicioso. *Facultad de Periodismo y Comunicación Social*, 1(23), 1-10.

<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/33079>

Geneyro S., y Tirado Serrano, Francisco. (2016). Biopsiquiatría vs Postpsiquiatría: debates entre la explicación neurobiológica y la comprensión hermenéutica. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 98-102. Recuperado en 02 de junio de 2025, de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100022&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100022&lng=es&tlng=es)

- Gerstner, R. M. F., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffè, S. y Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud*, 42, e100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Amorrortu Editores S.A.
- Geffner, N. (s.f.). Estudio sobre el estigma percibido y el estigma experimentado según los usuarios de servicios de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires: Su impacto en la recuperación. Recuperado de https://www.academia.edu/107533233/Estudio_sobre_el_estigma_percibido_y_el_estigma_experimentado_seg%C3%BAAn_los_usuarios_de_servicios_de_salud_mental_en_la_Ciudad_de_Buenos_Aires_Su_impacto_en_la_recuperaci%C3%B3n
- Gloyne, H. F. (1950). Tarantism: mass hysterical reaction to spider bite in the Middle Ages. *American Imago*, 7(1), 29–42.
- Goraymi. (2024). Idioma de Ecuador. <https://www.goraymi.com/es-ec/ecuador/historias/idioma-ecuador-aofw2jggm>
- Gutiérrez, I., (1997). *Introducción a la Historia de la Logopedia*. Narcea S.A.
- Guedez, A., Chisaguano, L., Lucero, P., Agualongo, J., Verdesoto, M., Vargas, M., Toscano, S., Naranjo, S. y Loaiza M. (2023). *Salud mental en contextos interculturales del Ecuador: Una perspectiva psicoterapéutica*. Instituto de Investigaciones Transdisciplinarias Ecuador.
- Halpert, H. P. (1963). Public acceptance of the mentally ill: An exploration of attitudes. *Public Health Reports*, 78(1), 1-12. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/74980/cdc_74980_DS1.pdf

- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2023). Promoting rights-based approaches in mental health policy: A review of international strategies. *Global Mental Health*, 10, e12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23488489/>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. A. (2014). Metodología de la investigación (6ª ed.). McGraw-Hill Education. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Historia de la psiquiatría. (s.f.). En Química.es. https://www.quimica.es/enciclopedia/Historia_de_la_psiquiatr%C3%ADa.html
- Hoffman, K. y Centeno, M. A. (2003). The Lopsided Continent: Inequality in Latin America. *Annual Review of Sociology*, 29, 363–390. <http://www.jstor.org/stable/30036972>
- Holmes, E. P. y River, L. P. (1998). Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 231-239. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(98\)80006-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(98)80006-0)
- Holley, L., Oh, H. y Thomas, D. (2019). Mental illness discrimination and support experienced by people who are of color and/or LGB: Considering intersecting identities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(1), 16–26. <https://doi.org/10.1037/ort0000360>
- Huguelet, P. y Koenig, H. G. (2009). Religion and spirituality in psychiatry. <https://2ur.jp/1FMF>
- Human Rights Watch. (2024). *World Report 2024: Ecuador*. <https://www.hrw.org/world-report/2024/country-chapters/ecuador>
- IBM Corp. (2022). IBM SPSS Statistics (Versión 29) [Computer software].
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012). Filiación religiosa. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/filiacion-religiosa/>

- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU)*. <https://2ur.jp/bgNi>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2023). Indicadores sociales y económicos del Ecuador 2023. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec>
- Jodelet, D. (1986). La representación social: Fenómenos, conceptos y teoría. In S. Moscovici (Ed.), *Psicología social II* (pp. 469–494). Paidós.
- Jodelet, D. (2008). *La representación social de la locura*. Ediciones Morata.
- Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D. T. y Scott, R. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. W. H. Freeman.
- Kemp, S. (1985). Modern myth and medieval madness: Views of mental illness in the European Middle Ages and Renaissance. *New Zealand Journal of Psychology*, 14(1), 1–8. <https://psycnet.apa.org/record/1986-27320-001>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2021). Dismantling structural stigma related to mental health and substance use: An educational framework for health care providers. *Medical Education*, 55(12), 1380-1390. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34647920/>
- Kenny, A., Bizumic, B., & Griffiths, K. M. (2018). The prejudice towards people with mental illness (PPMI) scale: Structure and validity. *BMC Psychiatry*, 18(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1871-z>
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E. y Thornicroft, G. (2006). *Salud mental en Europa: Políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental* [Archivo PDF]. Ministerio de Sanidad y Consumo. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>

La Comisión de Ontario de Derechos Humanos (s.f.). *Formas de discriminación*

<https://www3.ohrc.on.ca/en/policy-ableism-and-discrimination-based-disability/6-forms-discrimination>

La Hora. (2022, 3 de febrero). *Ecuador invierte nueve veces menos en salud mental que otros países de la región.*

<https://www.lahora.com.ec/pais/economia-salud-mental-inversion-ecuador/>

Leiva-Peña, V., Rubí-González, P. y Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e158.

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>

Lemaku, P. V. y Crocetti, G. M. (1960). An urban population's opinion and knowledge about mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 118(8), 692-700.

<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.118.8.692>

León, A. (1995). *Historia de las Deficiencias*. Escuela Libre Editorial.

Leiva-Peña, V., Rubí-González, P. y Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e158.

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>

Lo, V., y Barrett, T. (2013). *Imagining Chinese Medicine*. Brill.

Loubat O., M., Lobos, R., y Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12(39), 15-25.

- Londoño, N. H., Marín, C. A., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., Agudelo, D., Lemos, M., Toro, B. E., Ochoa, N. L., Hurtado, M. H., Gómez, Y., Uribe, A. F., Rojas, A. L., Pinilla, M. L., Villa-Roel, D., Villegas, M. J., Arango, A. L., ... López, I. C. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17(1), 59-68
<https://pure.urosario.edu.co/es/publications/factores-de-riesgo-psicosociales-y-ambientales-asociados-a-trasto-2>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (1986). *Boletín Oficial del Estado*, 102, de 29 de abril de 1986, 15207 a 15224.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. (2011). *Boletín Oficial del Estado*, 240, de 5 de octubre de 2011, 104593 a 104626.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>
- Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias. (2023). *Boletín Oficial del Estado*, 95, de 21 de abril de 2023, 56366 a 56395.
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-9773
- Libro-Salud-Mental-en-Ecuador.pdf. (2023). Binario. <https://binario.com.ec/wp-content/uploads/2023/07/Libro-Salud-Mental-en-Ecuador.pdf>
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Lohr, J. M. y Tavris, C. (Eds.). (2014). *Science and pseudoscience in clinical psychology* (2.^a ed.). Guilford Press. <https://2ur.jp/W56>
- Link, B., Cullen, F., Struening, E., Shrout, P. y Dohrenwend, B. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400-423. <https://doi.org/10.2307/2095613>

- Link, B. y Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Like Minds, Like Mine. (s.f.). About Like Minds, Like Mine. Recuperado el 18 de junio de 2025,
 de <https://www.likeminds.org.nz/>
- López Piñero, J. M. (1996). La medicina en la antigüedad clásica. Editorial Crítica.
- Lou, M. y López, N. (2005). *Bases psicopedagógicas de la educación especial*. Ediciones Pirámide.
- Major, B. y O' Brian L. (2005). The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>
- Malgesini G. y Giménez, C. (1997). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. La Cueva del Oso.
- Opening Minds (Canadá):
- Mental Health Commission of Canada. (s.f.). Opening Minds. Recuperado el 18 de junio de 2025,
 de <https://www.mentalhealthcommission.ca/what-we-do/opening-minds/>
- Manual Merck. (s.f.). Tratamiento de las enfermedades mentales.
<https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/tratamiento-de-las-enfermedades-mentales>
- Martínez, F. (2008). La discriminación múltiple, una realidad antigua, un concepto nuevo. *Revista Española De Derecho Constitucional*, 84, 251-283.
www.jstor.org/stable/24885957

- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008
- MedlinePlus. (2022). Trastornos mentales. <https://medlineplus.gov/spanish/mentaldisorders.html>
- Mehta, N., Kassam, A., Leese, M., Butler, G. y Thornicroft, G. (2009). Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994–2003. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 278-284. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.052654>
- Metha, V. (2021). *Crecer con un padre mentalmente enfermo: el papel del estigma*. <https://www.psychologytoday.com/pr/blog/crecer-con-un-padre-mentalmente-enfermo-el-papel-del-estigma>
- Millon, T. (2004). *Masters of the mind: Exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium*. John Wiley & Sons.
- Ministerio de Educación del Ecuador. (2011). Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI). <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Ley-Organica-Educacion-Intercultural-Codificado.pdf>
- Ministerio de Fianzas del Ecuador (2023). *Programación Macroeconómica del Ecuador. Gobierno del Ecuador*. <https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/1.2-Documento-de-Programacion-Macroeconomica-2023-2026.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2008). ISM-OMS Informe sobre el sistema de salud mental del Ecuador. <https://2ur.jp/i6NI> <https://goo.su/kJU908S>

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI)*.
https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental*.
<https://goo.su/JJj7oa>
- Ministerio de Economía y Finanzas del Ecuador (2023). Documento de programación macroeconómica 2023-2026. <https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/1.2-Documento-de-Programacion-Macroeconomica-2023-2026.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2022). *Informe de evaluación del Plan Nacional Estratégico de Salud Mental 2014-2017*
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2023). *MSP realizó más de 600 mil atenciones en salud mental en el primer semestre de 2023*. <https://n9.cl/uefi2j>
- Moloney, M., Hennessy, T. y Doody, O. (2021). Reasonable adjustments for people with intellectual disability in acute care: a scoping review of the evidence. *BMJ open*, 11(2), e039647. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/2/e039647.full.pdf>
- Moraleda Ruano, Á., Galán-Casado, D., & Cangas Díaz, A. J. (2023). Las intervenciones socioeducativas en estudiantes de magisterio para reducir el estigma en la salud mental. *Psicología Educativa*, 29(1), 101-107. <https://doi.org/10.5093/psed2023a4>
- Moreau, S. (2010). What Is Discrimination? *Philosophy y Public Affairs*. *Filosofía y Asuntos Públicos*, 38(2), 143-179. <https://doi.org/10.1111/j.1088-4963.2010.01181.x>
- Morris, C. y Maisto. A. (2001). *Psicología*. Ediciones Pearson Educación.

- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. y Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense de Madrid.
- Myers, D. (2011). *Psicología*. Editorial Médica Panamericana.
- Naciones Unidas en la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, diciembre 20, 1971, [https://undocs.org/es/A/RES/2856%20\(XXVI\)](https://undocs.org/es/A/RES/2856%20(XXVI))
- Naciones Unidas. (1948). *Declaración de los Derechos Humanos*.
<https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.
<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- National Council for Mental Wellbeing. (2024). Primeros Auxilios de Salud Mental de Jóvenes para las Comunidades Hispanohablantes. Mental Health First Aid.
. <https://www.mentalhealthfirstaid.org/population-focused-modules/youth/youth-spanish/>
- NeuronUP. (2024, diciembre 23). Tendencias actuales en el tratamiento de enfermedades mentales. <https://neuronup.com/estimulacion-y-rehabilitacion-cognitiva/enfermedad-mental/tendencias-actuales-en-el-tratamiento-de-enfermedades-mentales/>
- Nunnally, J. C. (1961). *Popular conceptions of mental health: Their development and change*. Holt, Rinehart, Winston Inc.
- Ochoa, S., Haro, J. M., & Usall, J. (s.f.). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/262586807_Estudio_cualitativo_sobre_la_autopercepcion_del_estigma_social_en_personas_con_esquizofrenia

- Okasha, A. (2005). Mental health in Egypt. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42(2), 116-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16342608/>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2020). *Inclusión y Educación. GEM Report*. <https://gem-report-2020.unesco.org/es/inclusion-y-educacion/>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. <https://www.who.int/whr/2001/es/>
- Organización mundial de la Salud. (2002). *Programa Mundial de Acción en Salud Mental*. https://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en Salud Mental*. https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Día Mundial de la Salud Mental: Dignidad y salud mental*. <https://n9.cl/jv7q8>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS*. <https://n9.cl/vpcyz>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *El Atlas de la salud mental 2021*. <https://www.who.int/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe sobre la situación mundial de la: respuesta de la salud pública a la demencia*. <http://www.jstor.org/stable/resrep47522>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Salud mental. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (1990). Declaración de Caracas. https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2014). *Plan de acción sobre salud mental 2015-2020*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-of-action-on-MH-2014.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Haz tu parte: Campaña para apoyar la salud mental en América Latina*. <https://www.paho.org/es/campanas/haz-tu-parte>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). Salud mental en tiempos de pandemia: Retos y oportunidades para los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-mental-america-latina-2021>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *La OPS lanza nueva campaña para frenar el estigma hacia las personas con problemas de salud mental*. <https://n9.cl/zo6b3>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). En unas nuevas orientaciones, la OMS reclama transformar la atención a la salud mental. <https://www.who.int/es/news/item/25-03-2025-new-who-guidance-calls-for-urgent-transformation-of-mental-health-policies>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Política para mejorar la salud mental*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022, octubre 7). La OPS lanza nueva campaña para frenar el estigma hacia las personas con problemas de salud mental.

<https://www.paho.org/es/noticias/7-10-2022-ops-lanza-nueva-campana-para-frenar-estigma-hacia-personas-con-problemas-salud>

Østeraud, K.L. (2023). Mental illness stigma and employer evaluation in hiring: Stereotypes, discrimination and the role of experience. *Sociology of Health & Illness*, 45(1),90-108.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36103320/>

Oyserman, D., Mowbray, C. T., Meares, P. A., & Firminger, K. B. (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 296–

315. <https://doi.org/10.1037/h0087733>

Park, J. M., Solomon, P., & Mandell, D. S. (2006). Involvement in the child welfare system among mothers with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 57(4), 493–497.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.4.493>

Parrilla, A. (2002). Acerca del origen y el sentido de la educación inclusiva. *Revista de Educación*, 327, 11-29. [https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:f8ea4ffd-cff1-485c-](https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:f8ea4ffd-cff1-485c-9b80-a6ec268a6ef9/re3270210520-pdf.pdf)

[9b80-a6ec268a6ef9/re3270210520-pdf.pdf](https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:f8ea4ffd-cff1-485c-9b80-a6ec268a6ef9/re3270210520-pdf.pdf)

Paton, K. (2018). Beyond legacy: Backstage stigmatization and ‘trickle-up’ politics of urban regeneration. *The Sociological Review*, 66(4), 919–934.

<https://doi.org/10.1177/0038026118777449>

Paz, J.J. y Cepeda, M. (2007). Ecuador: Una democracia inestable. *Historia Actual Online*, 11, 89-99. <https://doi.org/10.36132/hao.v0i11.170>

Peluso, E. y Blay, S. L. (2004). Community perception of mental disorders: A systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,

39(12), 955-961. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0820-y>

- Pérez, S. M. y Arboleda, J. C. (2023). El control eclesiástico y el carácter religioso de la asistencia hospitalaria en la Sevilla de finales de la Edad Media. *Cuadernos De Historia*, (58), pp. 283–307. <https://doi.org/10.5354/0719-1243.2023.71045>
- Pérez, F. y Peñaranda, M. (2017). El debate en torno a los manicomios entre los siglos XIX y XX. *Rev. Asociación española de Neuropsiquiatría*, 37 (131), 95-112. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/06.pdf>
- Pescosolido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K., & Long, J. S. (2008). The "backbone" of stigma: Identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *American Journal of Public Health*, 98(4), 755–763. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.104512>
- Peset, J. L. (2003). La revolución hipocrática de Philippe Pinel. *Asclepio*, 55(1), 263–280. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2003.v55.i1.97>
- Peset Reig, J. L. (2018). Medicina y enfermedad en el Renacimiento. *Revista de Humanidades “Cuadernos del Marqués de San Adrián”*, 10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=7754>
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(5), 751–783. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>
- Pignarre, F. (2020). *La revolución farmacológica: Historia de los psicofármacos*. Editorial Las Ediciones de la Piqueta.
- Psicología y Mente. (2021, 4 de noviembre). Enfoque transdiagnóstico en terapia: características y funcionamiento. <https://psicologiyamente.com/clinica/enfoque-transdiagnostico-terapia>
- Platón (2003). *Diálogos* (Trad. C. García, M. Martínez y Lledó E.). Editorial Gredos.

- Poncela, A. M. (2011). Prejuicios y estereotipos. Refranes, chistes y acertijos, reproductores y transgresores. *Revista de Antropología Experimental*, 11, 317-328.
<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/1932>
- Prieto, J., Aroca E., García, J., Carbonell, R., Martínez, M. y Martínez, P. (1999). *El desarrollo de los niños con necesidades educativas especiales. Una respuesta educativa integrada*. Promolibro.
- Primicias. (2024, 27 de marzo). Dios en Ecuador. <https://www.primicias.ec/noticias/firmas/dios-religion-semana-santa-ecuador-ciencia/>
- Psania. (2025, marzo 3). La evolución de la salud mental en el siglo XXI.
<https://www.psania.com/evolucion-de-la-salud-mental/>
- Psychiatry.org. (2024). ¿Qué es estigma, prejuicio y discriminación?
<https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/estigma/que-es-estigma-prejuicio-discriminacion>
- Rabkin, J. (1974). Public attitudes toward mental illness: A Review of the Literature. Boletín de la esquizofrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1(10), 9–33. <https://doi.org/10.1093/schbul/1.10.9>
- Reupert, A., Maybery, D., Nicholson, J., Göpfert, M., & Seeman, M. V. (Eds.). (2015). *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families* (3rd ed.). Cambridge University Press.
- Revista Colombiana de Psiquiatría. (2019). Telepsiquiatría: una experiencia exitosa en Antioquia, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(4), 234-241.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-telepsiquiatria-una-experiencia-exitosa-enantioquia-S0034745019300344>

- Rodríguez, J. (2011). Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Revista de Psiquiatría Uruguay*, 75(2), 86-89. http://www.spu.org.uy/revista/dic2011/03_rodriguez.pdf
- Rodríguez-Meirinhos Antolín-Suárez, L. (2020). Estigma social hacia la enfermedad mental: factores relacionados y propiedades psicométricas del Cuestionario de Atribuciones-revisado. *Universitas Psychologica*, 19(4), 2011-2777.
- Rojas, M., Carciroma, J. L., Dell’Arciprete, G., Almeida, D. R., y Ribeiro, M. D. (2024, 4 de noviembre). Diagnóstico y transdiagnóstico: ¿Qué sabemos hasta ahora? *Neuro-Class*. <https://neuro-class.com/diagnostico-y-transdiagnostico-que-sabemos-hasta-ahora/>
- Rojas-Malpica, C., De Lima-Salas, M. A., Eblen - Zajjur, A. y Tellez-Pacheco, P. (2019). Salud y Enfermedad Mental: Del Corpus Hippocraticum a una aproximación termodinámica. *Rev. Neuropsiquiatría*, 82(4),74-284. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v82i4.3649>.
- Rose, N., Manning, N., Bentall, R., Bhui, K., Burgess, R., Carr, S., ... & Wykes, T. (2020). The social underpinnings of mental distress in the time of COVID-19 – time for urgent action. *Wellcome Open Research*, 5, 166. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16123.1>
- Rotman, Y. (2021). Moral psychopathology and mental health: Modern and ancient. *History of Psychology*, 24(1), 22–33. <https://doi-org.bucm.idm.oclc.org/10.1037/hop0000184>
- Ruiz, M. Á., Montes, J. M., Lauffer, J. C., Álvarez, C., Maurino, J. y de Dios Perrino, C. (2011). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 98-106. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.002>

[Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. \(2005\). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20\(8\), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>](#)

[Acceso al artículo](#)

Saavedra Mogro, T. M. (2024). Impacto del estigma como barrera significativa para el acceso a servicios de salud mental, en una comunidad ubicada al sur del Distrito Metropolitano de Quito. Universidad Politécnica Salesiana.

<https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/28527>

Sabino, C. (1992). El proceso de investigación. Caracas: Panapo.

https://paginas.ufm.edu/sabino/ingles/book/proceso_investigacion.pdf

Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-188.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100008

Sáenz-Rico, B., Gutiérrez, P., Torres, J., Valle, R., Sánchez, M. y Sánchez, E. (2009). *Tendencias actuales en la atención a las necesidades educativas especiales*. Grupo Editorial Universidad Internacional Menéndez Pelayo.

Salusplay. (s.f.). Tema 4. Modelos y teorías doctrinales de la psiquiatría. <https://www.salusplay.com/apuntes/salud-mental/tema-4-modelos-y-teorias-doctrinales-de-la-psiquiatria/resumen>

Sartorius, N., & Schulze, H. (2005). Reducing the stigma of mental illness: A report from a global programme of the World Psychiatric Association. Cambridge University Press.

- SE Psiquiatría. (s.f.). La historia del pensamiento psiquiátrico. Recuperado de <https://www.sepsiquiatria.org/conocimiento-psiquiatrico/corrientes-y-fundamentos/la-historia-del-pensamiento-psiquiatrico/>
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Spanish Journal of Clinical Psychology*, 17(3), 185-203. https://www.aepp.net/wp-content/uploads/2020/05/02_2012_n3_sandin_chorot_valiente.pdf
- Sapag, J. C. y Velasco, P. R. (2020). Estigma hacia los trastornos mentales y adicciones: estudio en la atención primaria de Chile [Stigma toward mental disorders and addictions: Study in Chilean primary care]. *Atención Primaria*, 52(5), 361–363. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.07.014>
- Sayago, J. M. (2024, mayo 30). Iniciando una Terapia Cognitivo-Conductual para Tratar la Distimia. <https://sayagopsicologo.com/2024/05/30/iniciando-una-terapia-cognitivo-conductual-para-tratar-la-distimia/>
- Scambler, G. (2018). Heaping blame on shame: ‘Weaponing stigma’ for neoliberal times. *The Sociological Review*, 66(4), 766–782. <https://doi.org/10.1177/0038026118778177>
- Scheff, T. J. (1974). The labelling theory of mental illness. *American Sociological Review*, 39(3), 444-452. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/2094300>
- Schulze, B., y Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299–312. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)

- Sociedad Española de Psiquiatría. (s.f.). La psiquiatría como campo científico: modelos y tendencias. <https://www.sepsiquiatria.org/conocimiento-psiquiatrico/corrientes-y-fundamentos/la-psiquiatria-como-campo-cientifico-modelos-y-tendencias/>
- Séneca, L. A. (s.f.). *De la ira* (Libro primero). Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. <https://www.cervantesvirtual.com/>
- Sivin, N. (1987). *Traditional Medicine in Contemporary China*. University of Michigan Center for Chinese Studies.
- Slater, T. y Tyler, I. (2018). Rethinking the sociology of stigma. *The Sociological Review*, 66(4), 721–743. <https://doi.org/10.1177/0038026118777425>
- Smith, E. y Mackie, D. (1997). *Psicología social*. Editorial Médica Panamericana S.A.
- Star, S. (1955). The public's ideas about mental illness [Opinión Pública acerca de las enfermedades mentales]. National Opinion Research Center of the University of Chicago. https://www.norc.org/content/dam/norc-org/pdfs/StarS_Publics_Ideas_1955.pdf
- Stuart H. (2003). Violence and mental illness: an overview. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(2), 121–124.
- Stuart, H. (2016). Reducing the stigma of mental illness. *Global Mental Health*, 3, e17. <https://doi.org/10.1017%2Fgmh.2016.11>
- Stucchi-Portocarrero, J. (2013). Eugenesia y enfermedades mentales: Un análisis histórico. *Revista de Historia de la Psicología*, 34(1), 45-60. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1170>
- Terán Ledesma, C. G., y Moreno Palacios, I. A. (2019). El estigma hacia problemas de salud mental en estudiantes de últimos años de psicología [Trabajo de grado, Universidad

Internacional

SEK].

Repositorio

UISek.

<https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3452>

Tamayo, M., y Tamayo, M. (1994). El proceso de la investigación científica. Limusa.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227860/El_proceso_de_la_investigacion_cientifica_Mario_Tamayo.pdf

The jamovi project. (2023). jamovi (Versión 2.4) [Computer software]. <https://www.jamovi.org>

Theurer, J. M., Jean-Paul, N., Cheyney, K., Koro-Ljungberg, M. y Stevens, B. R. (2015).

Wearing the label of mental illness: Community-based participatory action research of mental illness stigma. *The Qualitative Report*, 20(1), 42-58. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.1507>

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2007). Global pattern of

experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408–415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. y Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or

discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192–193. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke,

M., Shidhaye, R., O'Reilly, C. y Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)

Thornicroft, G. (2022). Stigma and discrimination in mental health: Time to change. *The*

Lancet Psychiatry, 9(2), 89-90.

Time to Change. (s.f.). Let's end mental health discrimination. Recuperado el 18 de junio de 2025, de <https://www.time-to-change.org.uk>

United States Congress. (1990). *Americans with Disabilities Act of 1990*. <https://www.ada.gov/law-and-regs/ada/>

Universidad San Francisco de Quito. (2022, 7 de diciembre). Campaña busca educar y concientizar a ecuatorianos frente a estigmas de salud mental. Noticias USFQ. <https://noticias.usfq.edu.ec/2022/12/campana-busca-educar-y-concientizar.html>

U.S. Department of Health, Education and Welfare. (1963). *Surveys of Public Opinions and Attitudes about mental illness*. Public Service Publication No. 1045. <https://bit.ly/3hqDgFR>

U.S. Department of Justice. (1990). *Americans with Disabilities Act (ADA)*. <https://www.ada.gov/>

United States Holocaust Memorial Museum. (s.f.). *Introduction to the Holocaust. Holocaust Encyclopedia*. <https://encyclopedia.ushmm.org/content/en/article/euthanasia-program>

Universidad San Francisco de Quito. (s.f.). Universidad San Francisco de Quito | Deconstructing Stigma. <https://deconstructingstigma.org/universidad-san-francisco-de-quito>

Uña, O. y Hernández A. (2004). *Diccionario de Sociología* (1.a ed.). Editorial ESIC.

Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (6ª ed.). Elsevier Masson.

Ventosa Esquinaldo, F. (1997). El enfermo mental en el siglo XV en España. Conceptuación como enfermo distinto y curable: su cuidado. *Cultura de los Cuidados*, (1), 43–48. <https://doi.org/10.14198/cuid.1997.1.08>

Vergara, J. (2002). *Marco histórico de la Educación Especial*. UNED.

- Vigo, D., Thornicroft, G., y Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. [Estimación de la verdadera carga global de las enfermedades mentales]. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Villela, M. y Linares, M. (2011). Eugenesia y enfermedades mentales: Un análisis crítico. *Revista de Historia de la Psicología*, 32(1), 15-30. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2011000200005&script=sci_abstract
- Wahl, O. F. (1995). *Media madness: Public images of mental illness*. Rutgers University Press.
- Warnock, M. (1978). *Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People*. <http://www.educationengland.org.uk/documents/warnock/warnock1978.html>
- Wright, E. (1939). Medieval attitudes towards mental illness. *Bulletin of the History of Medicine*, 7(3), 352–356. <http://www.jstor.org/stable/44440437>
- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L. y Carson S. (2000). MindMatters a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Aust NZ J Psychiatry*, 34(4), 594-601. <https://doi.org.10.1080/j.1440-1614.2000.00748.x>.
- Yeh, M. A., Jewell, R. D. y Thomas, V. L. (2017). The Stigma of Mental Illness: Using Segmentation for Social Change. *Journal of Public Policy & Marketing*, 36(1), 97–116. <http://www.jstor.org/stable/44878401>
- Yuste, P. (2010). El arte de la curación en la antigua Mesopotamia. *Espacio, Tiempo y Forma. Serie II, Historia Antigua*, (23), 27–42. <https://doi.org/10.5944/etfii.23.2010.1759>
- Zegarra Saavedra de Roque, M. E. (2019). Nivel de autopercepción del estigma en pacientes con esquizofrenia en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo

Noguchi" (INSM HD-HN) en el mes de abril del 2020. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado de <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/6963>

Zuber, F. (2022). *La incidencia de estigma y marginación en personas con trastornos mentales* [Trabajo de Integración Final, Pontificia Universidad Católica Argentina].

<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/15124/1/incidencia-estigma-marginacion.pdf>

Zúñiga, D. y Riera A. (2018). Historia de la salud mental en Ecuador y el rol de la Universidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 43(1), 39-45. Universidad Central del Ecuador. https://doi.org/10.29166/ciencias_medicas.v43i1.1455

Anexos

Anexo 1.

Encuesta de la investigación

A continuación, se detalla la versión final de la encuesta utilizada en el estudio.

Le agradecemos su participación en la siguiente encuesta. El objetivo es saber su opinión de las enfermedades mentales. No existen respuestas correctas ni incorrectas.

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas. La encuesta es anónima, no necesita escribir su nombre. Es importante poder completar todos los ítems para poder realizar con éxito el presente estudio.

Datos de clasificación: Por favor completar los siguientes datos.

Edad _____ Estado Civil: S C D

Sexo: F M

Estudios: Primarios Secundarios Universitario

Empleo: Trabajador activo Jubilado Desempleado

En caso de no ser maestro no necesita llenar esta sección

Profesión: Maestro Nivel: Primario Secundario Universitario

Número de años como maestro: _____

¿Qué familiaridad tiene con las enfermedades mentales? (Escoja una, o más de una respuesta rodeándolas con un círculo, según su experiencia).

1. Tengo una enfermedad mental.
2. Tengo un familiar que padece una enfermedad mental.

3. Conozco a una persona próxima que tiene una enfermedad mental.
4. No conozco a nadie que tenga una enfermedad mental.
5. Conozco las enfermedades mentales por mi trabajo.

A. Conocimientos de las enfermedades mentales

1. ¿Sabe lo que es una enfermedad mental? (Escoja una, o más de una respuesta rodeándolas con un círculo, según su opinión)

- a. Una enfermedad como cualquier otra.
- b. Una discapacidad.
- c. Creo que las enfermedades mentales no existen.
- d. Una discapacidad intelectual.
- e. Son enfermedades incurables.

2. ¿Cuáles piensa Ud. que son las causas o desencadenantes de las enfermedades mentales?

(Escoja una, o más de una respuesta, según su opinión).

- a. El consumo de drogas
- b. La herencia familiar
- c. El estrés
- d. Un trauma infantil

2. ¿Cuáles piensa Ud. que son las causas o desencadenantes de las enfermedades mentales?

(Escoja una, o más de una respuesta, según su opinión).

- e. Una infección
- f. Un problema en el parto o el embarazo
- g. Una alteración en la biología del cerebro

3. ¿Cuáles cree Ud. que son los tratamientos útiles para las enfermedades mentales?

- a. Tratamientos con medicamentos
 - b. Tratamientos con psicólogos.
 - c. Internamiento en un hospital psiquiátrico.
4. ¿Cómo cree Ud. que es el tratamiento para las enfermedades mentales? (Escoja una, o más de una respuesta, según su opinión).
- a. Es un tratamiento para toda la vida.
 - b. Es un tratamiento sencillo y cómodo.
 - c. El tratamiento muy prolongado puede ser perjudicial.
 - d. Abandonar el tratamiento puede ser perjudicial.
 - e. Sólo se debe tratar cuando hay síntomas
5. ¿Cuáles piensa Ud. que son las dificultades para que el médico identifique de forma adecuada estas enfermedades? (Escoja una, o más de una respuesta, según su opinión).
- a. El rechazo social que hace que el paciente no acuda al médico.
 - b. El desconocimiento de estas enfermedades por parte del paciente y sus familiares.
 - c. Los síntomas son poco claro.
 - d. La dificultad para acceder al sistema sanitario.
 - e. No existen herramientas para que el médico las identifique correctamente.
- B. Por favor, conteste a las preguntas según sus sentimientos. Escoja una sola respuesta rodeándola con un círculo.**
6. Me resultaría difícil hablar con alguien que tiene una enfermedad mental.
- a. Siempre b. Casi siempre c. Regularmente d. Casi nunca e. Nunca
7. “Sería mejor para la sociedad que las personas con enfermedades mentales graves estuvieran internadas en un hospital psiquiátrico?”

a. Siempre b. Casi siempre c. Regularmente d. Casi nunca e. Nunca

8. Es mejor evitar a las personas que tienen enfermedades mentales.

a. Siempre b. Casi siempre c. Regularmente d. Casi nunca e. Nunca

9. Las personas con enfermedades mentales pueden educarse en las mismas instituciones junto con las demás personas que no tienen estas enfermedades.

a. Siempre b. Casi siempre c. Regularmente d. Casi nunca e. Nunca

10. A las personas con enfermedades mentales serias se les debe prohibir tener hijos.

a. Siempre b. Casi siempre c. Regularmente d. Casi nunca e. Nunca

C. Escoja una sola respuesta rodeándola con un círculo.

11. Las personas que desarrollan enfermedades mentales son genéticamente inferiores a otras personas.

a. Siempre b. Casi siempre c. Regularmente d. Casi nunca e. Nunca

12. El comportamiento de las personas con enfermedades mentales es impredecible.

a. Siempre b. Casi siempre c. Regularmente d. Casi nunca e. Nunca

13. Las personas con enfermedades mentales graves son peligrosas.

a. Siempre b. Casi siempre c. Regularmente d. Casi nunca e. Nunca

14. La enfermedad mental está relacionadas de una forma u otra con:

a. La violencia

b. La mendicidad

c. La delincuencia

d. Las personas sin hogar

e. La drogadicción

f. No tiene ninguna relación con nada de lo anterior

15. Las personas con enfermedades mentales pueden cuidar de sí mismo.

a. Siempre b. Casi siempre c. Regularmente d. Casi nunca e. Nunca

D. Escoja una sola respuesta rodeándola con un círculo.

16. Me involucraría románticamente con alguien que tiene una enfermedad mental.

a. Siempre b. Casi siempre c. Regularmente d. Casi nunca e. Nunca

17. Las personas con enfermedades mentales deben ser obligadas a un tratamiento médico o psicológico, aunque no quieran.

a. Siempre b. Casi siempre c. Regularmente d. Casi nunca e. Nunca

18. Si fuera un empleador contrataría a una persona con enfermedad mental.

a. Siempre b. Casi siempre c. Regularmente d. Casi nunca e. Nunca

19. Si fuera un arrendatario, alquilaría un departamento a una persona con enfermedad mental.

a. Siempre b. Casi siempre c. Regularmente d. Casi nunca e. Nunca

20. ¿Estaría dispuesto a ser amigo y prestar ayuda a una persona con enfermedad mental

a. Siempre b. Casi siempre c. Regularmente d. Casi nunca e. Nunca

Anexo 2 .

Cruce de las variables sexo y las variables del conocimiento de la EM

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que la EM es como cualquier otra	0,742
La opinión de que la EM es una discapacidad	0,024
La opinión de que la EM no existe	0,791

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que la EM es una discapacidad intelectual	0,658
La opinión de que la EM es incurable	0,094
La opinión de que una causa de la EM es por el consumo de drogas	0,014
La opinión de que una causa de la EM es la herencia familiar	0,059
La opinión de que una causa de la EM es el estrés	0,681
La opinión de que una causa de la EM es un trauma infantil	0,858
La opinión de que una causa de la EM es una infección	0,195
La opinión de que una causa de la EM es un problema en el embarazo	0,504
La opinión de que una causa de la EM es una alteración en la biología del cerebro	0,298
La opinión de que una cura eficaz para las EM son los tratamientos con medicamentos	0,227
La opinión de que una cura eficaz para las EM son los tratamientos con psicólogos	0,176
La opinión de que una cura eficaz para la EM es el internamiento psiquiátrico	0,252
La opinión de que la EM es para toda la vida	0,817
La opinión de que la EM es un tratamiento sencillo y cómodo	0,584
La opinión de que el tratamiento de la EM muy prolongado puede ser perjudicial	0,928
La opinión de que abandonar el tratamiento de una EM puede ser perjudicial	0,879
La opinión de que la EM sólo se debe tratar cuando hay síntomas	0,577

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que una de las dificultades del diagnóstico de la EM es el rechazo social que hace que el paciente no acuda al médico	0,680
La opinión de que una de las dificultades del diagnóstico de la EM es el desconocimiento de estas enfermedades por parte del paciente y sus familiares	0,259
La opinión de que una de las dificultades del diagnóstico de la EM es que los síntomas son poco claros	0,664
La opinión de que una de las dificultades del diagnóstico de la EM es la dificultad para acceder al sistema sanitario	0,466
La opinión de que una de las dificultades del diagnóstico de la EM es que no existen herramientas para que el médico las identifique correctamente.	0,857

Anexo 3.

Cruce de las variables conocimiento de la EM y el nivel de estudios

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que la EM es como cualquier otra	0,005
La opinión de que la EM es una discapacidad	0,113
La opinión de que la EM no existe	0,000
La opinión de que la EM es una discapacidad intelectual	0,182
La opinión de que la EM es incurable	0,301

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que una causa de la EM es por el consumo de drogas	0.640
La opinión de que una causa de la EM es la herencia familiar	0.818
La opinión de que una causa de la EM es el estrés	0.989
La opinión de que una causa de la EM es un trauma infantil	0.301
La opinión de que una causa de la EM es una infección	0.488
La opinión de que una causa de la EM es un problema en el embarazo	0.296
La opinión de que una causa de la EM es una alteración en la biología del cerebro	0.014
La opinión de que una cura eficaz para las EM son los tratamientos con medicamentos	0.886
La opinión de que una cura eficaz para las EM son los tratamientos con psicólogos	0.508
La opinión de que una cura eficaz para la EM es el internamiento psiquiátrico	0.484
La opinión de que la EM es para toda la vida	

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que la EM es un tratamiento sencillo y cómodo	0.993
La opinión de que el tratamiento de la EM muy prolongado puede ser perjudicial	0.631
La opinión de que abandonar el tratamiento de una EM puede ser perjudicial	0.003
La opinión de que la EM sólo se debe tratar cuando hay síntomas	<0,001
La opinión de que una de las dificultades del diagnóstico de la EM es el rechazo social que hace que el paciente no acuda al médico	1,000
La opinión de que una de las dificultades del diagnóstico de la EM es el desconocimiento de estas enfermedades por parte del paciente y sus familiares	0.522
La opinión de que una de las dificultades del diagnóstico de la EM es que los síntomas son poco claros	0.316
La opinión de que una de las dificultades del diagnóstico de la EM es que no existen herramientas para que el médico las identifique correctamente.	0.055

Anexo 4.

Cruce de las variables conocimiento de la EM y la variable tengo una EM

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que la EM es como cualquier otra	<0,001
La opinión de que la EM es una discapacidad	0,247
La opinión de que la EM no existe	0,433
La opinión de que la EM es una discapacidad intelectual	0,008
La opinión de que la EM es incurable	0,535
La opinión de que una causa de la EM es por el consumo de drogas	0,542
La opinión de que una causa de la EM es la herencia familiar	0,061
La opinión de que una causa de la EM es el estrés	0,029
La opinión de que una causa de la EM es un trauma infantil	0,004
La opinión de que una causa de la EM es una infección	0,868
La opinión de que una causa de la EM es un problema en el embarazo	0,262

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que una causa de la EM es una alteración en la biología del cerebro	0,156
La opinión de que una cura eficaz para las EM son los tratamientos con medicamentos	0,644
La opinión de que una cura eficaz para las EM son los tratamientos con psicólogos	0,868
La opinión de que una cura eficaz para la EM es el internamiento psiquiátrico	0,977
La opinión de que la EM es para toda la vida	0,941
La opinión de que la EM es un tratamiento sencillo y cómodo	0,410
La opinión de que el tratamiento de la EM muy prolongado puede ser perjudicial	0,744
La opinión de que abandonar el tratamiento de una EM puede ser perjudicial	0,706
La opinión de que la EM sólo se debe tratar cuando hay síntomas	0,677
La opinión de que una de las dificultades del diagnóstico de la EM es el rechazo social que hace que el paciente no acuda al médico	0,765
La opinión de que una de las dificultades del diagnóstico de la EM es el desconocimiento de	0,956

Variables	Chi-Cuadrado
estas enfermedades por parte del paciente y sus familiares	
La opinión de que una de las dificultades del diagnóstico de la EM es que los síntomas son poco claros	0,173
La opinión de que una de las dificultades del diagnóstico de la EM es la dificultad para acceder al sistema sanitario	0,723
La opinión de que una de las dificultades del diagnóstico de la EM es que no existen herramientas para que el médico las identifique correctamente.	0,069

Anexo 5.

Cruce de las variables conocimiento de la EM y tengo un familiar que tiene una EM.

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que la EM es una enfermedad como cualquier otra	0,616
La opinión de que la EM es una discapacidad	0,510
La opinión de que la EM no existe	0,311
La opinión de que la EM es una discapacidad intelectual	0,582
La opinión de que la EM es incurable	0,814

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que una causa de EM es el consumo de drogas	0,693
La opinión de que una causa de EM es la herencia familiar	0,364
La opinión de que una causa de EM es el estrés	0,808
La opinión de que una causa de EM es un trauma infantil	0,882
La opinión de que una causa de EM es una infección	0,619
La opinión de que una causa de EM es un problema en el embarazo	0,417
La opinión de que una causa de EM es una alteración en la biología del cerebro	0,802
La opinión de que un tratamiento eficaz para la EM son los tratamientos con medicamentos	0,118
La opinión de que un tratamiento eficaz para la EM son los tratamientos con psicólogos	0,136
La opinión de que un tratamiento eficaz para la EM es el internamiento psiquiátrico	0,683
La opinión de que los tratamientos para una EM son para toda la vida	0,179
La opinión de que los tratamientos para una EM es un tratamiento sencillo y cómodo	0,761
La opinión de que los tratamientos prolongados para una EM pueden ser perjudicial	0,563

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que abandonar el tratamiento de una EM puede ser perjudicial.	0,300
La opinión de que la EM Sólo se debe tratar cuando hay síntomas	0,064
La opinión de que una dificultad en el diagnóstico de la EM es el rechazo social que hace que el paciente no acuda al médico.	0,438
El desconocimiento de estas enfermedades por parte del paciente y sus familiares.	0,056
Los síntomas son poco claros.	0,548
La dificultad para acceder al sistema sanitario	0,059
No existen herramientas para que el médico las identifique correctamente.	0,146

Anexo 6.

Cruce de la variable conocimiento de la EM y conozco a una persona próxima con una EM

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que la EM es una enfermedad como cualquier otra	0,421
La opinión de que la EM es una discapacidad	0,796
La opinión de que la EM no existe	0,990

La opinión de que la EM es una discapacidad intelectual	0,839
La opinión de que la EM es una enfermedad incurable	0,025
La opinión de que una causa de la EM es el consumo de drogas	0,405
La opinión de que una causa de la EM es la herencia familiar	0,201
La opinión de que una causa de la EM es el estrés	0,348
La opinión de que una causa de la EM es un trauma infantil	0,539
La opinión de que una causa de la EM es una infección	0,600
La opinión de que una causa de la EM es un problema en el embarazo	0,642
La opinión de que una causa de la EM es una alteración en la biología del cerebro	0,022
La opinión de que una cura eficaz para la EM es el tratamiento con medicamentos	0,888
La opinión de que una cura eficaz para la EM es el tratamiento con psicólogos	0,783
La opinión de que una cura eficaz para la EM es el internamiento psiquiátrico	0,339

La opinión de que los tratamientos para la EM son para toda la vida	0,964
La opinión de que los tratamientos para la EM son sencillos y cómodos	0,550
La opinión de que los tratamientos para la EM muy prolongados pueden ser perjudiciales	0, 971
La opinión de que abandonar un tratamiento para EM puede ser perjudicial	0,360
La opinión de que la EM sólo se debe tratar cuando hay síntomas	0,043
La opinión de que una dificultad en el diagnóstico de la EM es el rechazo social que hace que el paciente no acuda al médico.	0,574
El desconocimiento de estas enfermedades por parte del paciente y sus familiares.	0,794
Los síntomas son poco claros.	0,166
La dificultad para acceder al sistema sanitario	0,114
No existen herramientas para que el médico las identifique correctamente.	0,415

Anexo 7.

Cruce de las variables conocimiento de la EM y no conozco a nadie que tiene una EM.

Variables	Chi-Cuadrado
La creencia de que la EM es como cualquier otra	0,001
La opinión de que la EM es una discapacidad	0,271
La opinión de que la EM no existe	0,994
La creencia de que la EM es una discapacidad intelectual	<0,001
La creencia de que la EM es incurable	0,019
La opinión de que una causa de la EM es por el consumo de drogas	0,751
La opinión de que una causa de la EM es la herencia familiar	0,336
La creencia de que una causa de la EM es el estrés	0,049
La creencia de que una causa de la EM es un trauma infantil	0,036
La opinión de que una causa de la EM es una infección	0,062
La creencia de que una causa de la EM es un problema en el embarazo	0,008
La opinión de que una causa de la EM es una alteración en la biología del cerebro	0,600
La opinión de que una cura eficaz para las EM son los tratamientos con medicamentos	0,071
La opinión de que una cura eficaz para las EM son los tratamientos con psicólogos	0,187
La opinión de que una cura eficaz para la EM es el internamiento psiquiátrico	0,704
La opinión de que la EM es para toda la vida	0,348
La opinión de que la EM es un tratamiento sencillo y cómodo	0,975

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que el tratamiento de la EM muy prolongado puede ser perjudicial	0,901
La creencia de que abandonar el tratamiento de una EM puede ser perjudicial	<0,001
La opinión de que la EM sólo se debe tratar cuando hay síntomas	0,071
El rechazo social que hace que el paciente no acuda al médico	0,061
El desconocimiento de estas enfermedades por parte del paciente y sus familiares.	0,082
Los síntomas son poco claros	0,479
La creencia de que un obstáculo en diagnosticar una EM es la dificultad para acceder al sistema sanitario	0,000
La creencia de que no existen herramientas para que el médico las identifique correctamente la EM.	0,007

Anexo 8.

Cruce de las variables conocimiento de la EM y no conozco a nadie que tiene una EM.

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que la EM es como cualquier otra	<0,001
La opinión de que la EM es una discapacidad	0,534
La opinión de que la EM no existe	0,249
La opinión de que la EM es una discapacidad intelectual	0,001
La opinión de que la EM es incurable	0,456

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que una causa de la EM es por el consumo de drogas	<0,001
La opinión de que una causa de la EM es la herencia familiar	0,074
La opinión de que una causa de la EM es el estrés	0,006
La opinión de que una causa de la EM es un trauma infantil	0,021
La opinión de que una causa de la EM es una infección	0,001
La opinión de que una causa de la EM es un problema en el embarazo	0,007
La opinión de que una causa de la EM es una alteración en la biología del cerebro	0,051
La opinión de que una cura eficaz para las EM son los tratamientos con medicamentos	0,020
La opinión de que una cura eficaz para las EM son los tratamientos con psicólogos	0,300
La opinión de que una cura eficaz para la EM es el internamiento psiquiátrico	0,111
La opinión de que la EM es para toda la vida	0,073
La opinión de que la EM es un tratamiento sencillo y cómodo	0,140
La opinión de que el tratamiento de la EM muy prolongado puede ser perjudicial	0,842
La opinión de que abandonar el tratamiento de una EM puede ser perjudicial	0,008
La opinión de que la EM sólo se debe tratar cuando hay síntomas	0,012

Variables	Chi-Cuadrado
Una dificultad para que el médico identifique de forma adecuada esta enfermedad es el miedo al rechazo social que hace que el paciente no acuda al médico	0,057
Una dificultad para que el médico identifique de forma adecuada esta enfermedad es el desconocimiento de estas enfermedades por parte del paciente y sus familiares	0,059
Una dificultad para que el médico identifique de forma adecuada esta enfermedad es que los síntomas son poco claros	0,881
Un motivo para que el médico identifique de forma adecuada esta enfermedad es la dificultad del paciente para acceder al sistema sanitario	0,004
Una dificultad para que el médico identifique de forma adecuada esta enfermedad es que no existen herramientas para que el médico las identifique correctamente.	0,081

Anexo 9.

Cruce de las variables estereotipo y sexo

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que las personas con EM son inferiores genéticamente	0,424
La opinión de que las personas con EM son impredecibles	0,630
La opinión de que las personas con EM son peligrosas	0,576
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con la violencia	0,441

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con la mendicidad	0,574
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con la delincuencia	0,671
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con las personas sin hogar	0,105
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con la drogadicción	0,440
La opinión de que la EM no tiene relación con los factores sociales negativos mencionados en los ítems del 20.1 al 20.5	0,391
La opinión de que las personas con EM pueden ser autosuficientes	0,677

Nota. En este cruce no se encuentra ningún resultado significativo al 95%.

Anexo 10.

Cruce de la variable estereotipo y la variable conozco a una persona próxima que tiene EM

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de las personas con EM de que son inferiores genéticamente	0,851
La opinión de las personas con EM de son impredecibles	0,044
La opinión de las personas con EM de que son peligrosas	0,919
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con la violencia	0,547
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con la mendicidad	0,584
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con la delincuencia	0,816

La opinión de que las personas con EM están relacionadas con las personas sin hogar	0,754
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con la drogadicción	0,939
La opinión de que la EM no tiene relación con los factores sociales negativos mencionados en los ítems del 20.1 al 20.5	0,762
La opinión de que las personas con EM pueden ser autosuficientes	0,611

Nota. En este cruce se encuentra un resultado significativo al 95%, con la variable las personas con EM son impredecibles.

Anexo 11.

Cruce de la variable estereotipo y la variable no conozco a una persona próxima con una EM

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de que las personas con EM son inferiores genéticamente	0,105
La opinión de que las personas con EM son impredecibles	0,047
La opinión de que las personas con EM son peligrosas	0,128
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con la violencia	0,842
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con la mendicidad	0,482
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con la delincuencia	0,867
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con las personas sin hogar	0,720
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con la drogadicción	0,207

La opinión de que la EM no tiene relación con los factores sociales negativos mencionados en los ítems del 20.1 al 20.5	0,376
La opinión de que las personas con EM pueden ser autosuficientes	0,332

Nota. En este cruce se encuentra un resultado significativo al 95% con la variable las personas con EM son impredecibles.

Anexo 12.

Cruce de la variable conozco la EM por mi trabajo y las variables de estereotipo.

Variabes	Chi-Cuadrado
La opinión de que las personas con EM son inferiores genéticamente	0,221
La opinión de que las personas con EM son impredecibles	0,248
La opinión de que las personas con EM son peligrosas	0,112
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con la violencia	0,007
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con la mendicidad	0,378
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con la delincuencia	0,006
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con las personas sin hogar	0,202
La opinión de que las personas con EM están relacionadas con la drogadicción	0,015
La opinión de que la EM no tiene relación con los factores sociales negativos mencionados en los ítems del 20.1 al 20.5	0,003
La opinión de que las personas con EM pueden ser autosuficientes	0,408

Nota. En este cruce se encuentran cuatro resultados significativos al 95%.

Anexo 13.

Cruce de las variables sexo y la discriminación de las personas con EM.

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de tener una relación sentimental con una persona con EM	0,336
La opinión de que se debe obligar a las personas con EM a tener un tratamiento médico	0,050
Disposición de contratación laboral de personas con EM	0,368
Disposición de alquilar viviendas a personas con EM	0,328
Disposición a prestar ayuda	0,012

Anexo 14.

Cruce de las variables tengo un familiar con EM y la discriminación de las personas con EM.

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de tener una relación sentimental con una persona con EM	0,349
La opinión de que se debe obligar a las personas con EM a tener un tratamiento médico	0,415
Disposición de contratación laboral de personas con EM	0,695
Disposición de alquilar viviendas a personas con EM	0,192
Disposición a prestar ayuda	0,848

Nota. No existe ninguna diferencia significativa al 95% en el cruce de las variables tengo una familiar que tiene una EM y las variables de discriminación hacia las personas con EM.

Anexo 15.

Cruce de las variables conozco a una persona próxima que tiene una EM y la discriminación de las personas con EM.

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de tener una relación sentimental con una persona con EM	0,329
La opinión de que se debe obligar a las personas con EM a tener un tratamiento médico	0,770
Disposición de contratación laboral de personas con EM	0,273
Disposición de alquilar viviendas a personas con EM	0,647
Disposición a prestar ayuda	0,894

Nota. No existe ninguna diferencia significativa al 95% en el cruce de las variables conozco a una persona próxima que tiene una EM y las variables de discriminación hacia las personas con EM.

Anexo 16.

Cruce de las variables conozco a una persona próxima que tiene una EM y la discriminación de las personas con EM.

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de tener una relación sentimental con una persona con EM	0,035
La opinión de que se debe obligar a las personas con EM a tener un tratamiento médico	0,022
Disposición de contratación laboral de personas con EM	0,014

Disposición de alquilar viviendas a personas con EM	0,002
Disposición a prestar ayuda	0,079

Nota. Existen cuatro diferencias significativas al 95%.

Anexo 17.

Cruce de las variables conozco a una persona próxima que tiene una EM y la discriminación de las personas con EM.

Variables	Chi-Cuadrado
La opinión de tener una relación sentimental con una persona con EM	0,561
La opinión de que se debe obligar a las personas con EM a tener un tratamiento médico	0,270
Disposición de contratación laboral de personas con EM	0,041
Disposición de alquilar viviendas a personas con EM	0,056
Disposición a prestar ayuda	0,021

Nota. Existen dos diferencias significativas al 95%.