



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Doctorado en Psicología
Sistema Nacional de Posgrados CONACYT

“Evaluación del nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales en Ciudad Juárez”

Tesis para obtener el grado de
Doctora en Psicología

Por

Laura Celina Pérez Silva
Becada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Dirección de Tesis
Dra. Bertha Musi Lechuga
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Codirección de Tesis
Dr. Adrián Badallo Carbajosa
Universidad Complutense de Madrid, España

Ciudad Juárez, Chihuahua, México

03 de junio de 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Doctorado en Psicología
Sistema Nacional de Posgrados CONACYT



“Evaluación del nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales en Ciudad Juárez”

Tesis para obtener el grado de **Doctora en Psicología**
LGAC: Psicología de la Salud

Por

Laura Celina Pérez Silva

Matric. 199198 / CVU: 728379 Orcid: 0000-0002-7866-980X

Dirección de Tesis

Dra. Bertha Musi Lechuga

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Codirección de Tesis

Dr. Adrián Badallo Carbajosa

Universidad Complutense de Madrid, España

Comité Tutorial de Tesis

Dra. Sarah Margarita Chávez Valdez

Escuela Libre de Psicología inc. UACH

Dra. Marisela Gutiérrez Vega

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Dr. José Alonso Olivas Ávila

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez UACJ

Dr. Óscar Armando Esparza del Villar

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez UACJ

Dr. Alberto Castro Valles

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Constancia de Grado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS ACADÉMICOS
CONSTANCIA DE EXAMEN DE GRADO

En Ciudad Juárez, Chihuahua, siendo las 12:00 horas del día 13 de Junio del 2024 se reunieron en las instalaciones del Instituto de Ciencias Sociales y Administración los integrantes del sínodo

| | | |
|--------------------------------------|------------|----------|
| Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar | Presidente | |
| Dra Marisela Gutierrez Vega | Secretario | |
| Dr. Jose Alonso Olivas Avila | Vocal | |
| Dr. Alberto Castro Valles | Vocal | |
| Dra Sarah Margarita Chavez Valdez | Vocal | En linea |

quienes en base a la normatividad universitaria procedieron a llevar a cabo el EXAMEN de la sustentante

LAURA CELINA PÉREZ SILVA

Matricula 199198

Como requisito para obtener el Grado de DOCTORADO en Psicología.

Una vez concluida la réplica, el jurado deliberó libremente y procedió a emitir el veredicto de

Aprobado por unanimidad de votos

Para fines de verificación el abajo firmante certifica la legalidad de la reunión.


DR. ALBERTO CASTRO VALLES
Coordinación del Programa Educativo

 Doctorado en
PSICOLOGÍA

VITA



Laura Celina Pérez Silva

Maestra en Psicología por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (2017) y Licenciada en Psicología por la Escuela Superior de Psicología de Ciudad Juárez inc. UACJ (2011).

Realizó estudios sobre programas de intervención para familiares con alta expresividad emocional hacia un miembro con esquizofrenia y ha sido ejercido psicología clínica y psicoterapia del 2018 al 2020. A dictado ponencias en congresos nacionales y en empresas privadas sobre relaciones laborales, depresión, inteligencia emocional y programación neurolingüística.



UACJ

ICSA

DEPARTAMENTO DE
CIENCIAS
SOCIALES

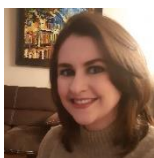


Doctorado en
PSICOLOGÍA



En junio del año 2020 fue aceptada en el Doctorado en Psicología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México, inscrito en el Sistema Nacional de Posgrados del CONAHCYT y ha sido beneficiada con beca nacional de posgrados (20-23).

De 2020 a 2023, dictó ponencias nacionales sobre y condujo el curso taller sobre vida laboral en el EAP Latina México, realizó una Estancia de Investigación en la Universidad Complutense de Madrid España y publicó en coautoría un artículo sobre intervención con jóvenes con consumo de sustancias en 2022.



El 13 de junio de 2024, presenta su Examen de Grado Doctoral con la defensa de la Tesis denominada: *"Evaluación del nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales en muestras de Ciudad Juárez"* con la Dirección de la **Dra. Bertha Musi Lechuga** profesora investigadora de la UACJ y codirección por el **Dr. Adrián Ballado Carbajosa** de la Universidad Complutense de Madrid España.



La Tesis fue valorada por la Dra. Sarah Margarita Chávez Valdez de la Escuela Libre de Psicología inc. UACH, por el Dr. Alberto Castro Valles, el Dr. José Alonso Olivas Ávila, la Dra. Marisela Gutiérrez Vega y el Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar, profesores-investigadores de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. El examen fue conducido bajo la presidencia del Sínodo por el Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar del Doctorado en Psicología UACJ.

Resumen

El estigma hacia las personas con trastornos mentales es un proceso de distanciamiento social, formando un constructo negativo que involucra fenómenos de estereotipos, etiquetados, prejuicios, rechazo y discriminación, teniendo como resultado peores consecuencias que la misma discapacidad de tener un padecimiento o condición mental. Por ser grupos estigmatizados, se destacan la disminución a tratamientos multidisciplinarios, afectando en gran magnitud en su recuperación psicosocial y, simultáneamente, existen menos oportunidades de empleo, vivienda y la posibilidad de mejorar su calidad de vida. Por eso mismo, resulta relevante detectar los niveles de estigma en la población familiar, general y el personal de atención y salud hacia las personas con trastornos mentales específicamente de Ciudad Juárez para poder contribuir posteriormente a mejores estrategias psicosociales y comunitarias, como también, a realizar políticas de inclusión social para mayor accesibilidad a una mejor calidad de vida. El presente trabajo tiene como objetivo general evaluar el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales en distintas muestras juarenses. Se llevó a cabo un estudio comparativo y descriptivo, en el cual, se dividió en tres diferentes muestras de interés, la primera es de familiares de personas con trastornos mentales de edades entre 18 y 60 años, la segunda muestra consiste en adultos entre 18 y 60 años que no tengan convivencia con personas con trastornos mentales y, por último, comprende al personal de atención y salud que labora en el Hospital Civil Libertad. Se utilizaron como estrategias de recolección de datos la Escala de Devaluación y Discriminación Percibidas y la Escala sobre Estigma Relacionado a Problemas de Salud Mental para Profesionales de la Salud.

Palabras clave: Estigma, Trastornos mentales, Muestras juarenses.

Abstract

The stigma towards people with mental disorders is a process of social distancing, forming a negative construct that involves phenomena of stereotypes, labeling, prejudice, rejection and discrimination, resulting in worse consequences than the disability itself of having a mental illness or condition. Because they are stigmatized groups, the reduction to multidisciplinary treatments stands out, greatly weakened in their psychosocial recovery and, simultaneously, there are fewer opportunities for employment, housing and the possibility of improving their quality of life. For this reason, it is relevant to detect the levels of stigma in the family, general population and health personnel towards people with specific mental disorders in Ciudad Juarez to subsequently contribute to better psychosocial and community strategies, as well as to carry out policies of social inclusion for greater accessibility to a better quality of life. The present work has as a general objective to evaluate the level of stigma towards people with mental disorders in different samples from Juarez. A comparative and descriptive study was carried out, in which it was divided into three different samples of interest, the first is relatives between the ages of 18 and 60 of people with mental disorders, the second sample consists of adults between 18 and 60 years who will not have contact with people with mental disorders and, finally, includes the care and health personnel who work at the Hospital Civil Libertad. The Perceived Devaluation and Discrimination Scale and the Scale on Stigma Related to Mental Health Problems for Health Professionals were used as data collection strategies.

Key words: Stigma, Mental disorders, Samples from Juarez.

Tabla de Contenido

| | |
|---|----|
| Introducción..... | 1 |
| Formulación del problema | 2 |
| Preguntas de investigación..... | 14 |
| Justificación del estudio..... | 15 |
| Objetivos del estudio | 17 |
| Objetivo general | 17 |
| Objetivos específicos..... | 17 |
| Hipótesis | 17 |
| Capitulo I. Estigma y trastornos mentales | 19 |
| Estigma: concepto complejo y multidimensional | 19 |
| Estigma y la experiencia moral | 24 |
| Estereotipos, Prejuicio y Discriminación | 26 |
| Autoritarismo, Benevolencia y Restricción Social | 27 |
| Proceso de estigmatización | 28 |
| Trastornos mentales | 31 |
| Marco contextual | 41 |
| Capitulo II. Metodología | 43 |
| Enfoque y Diseño..... | 43 |
| Población y muestra..... | 45 |
| Consideraciones éticas | 46 |
| Conceptualización y operacionalización de variables | 46 |
| Instrumentos y estrategias en la recolección de datos | 48 |
| Capitulo III. Resultados | 51 |
| Pruebas de muestras independientes | 70 |
| Capitulo IV. Discusión | 72 |
| Referencias bibliográficas | 78 |
| Anexos | 86 |
| Anexo 1. Dictamen Comité de ética y permisos institucionales..... | 86 |
| Anexo 2. Consentimiento informado para familiares | 87 |
| Anexo 3. Consentimiento informado para personal de atención | 88 |

| | |
|--|----|
| Anexo 4. Consentimiento informado para población general | 89 |
| Anexo 5. Instrumentos de investigación..... | 90 |
| 1- Escala de Devaluación y Discriminación (DDS). Familiares y población general .. | 90 |
| 2- Escala sobre Estigma Relacionado a Problemas de Salud Mental para Profesionales de la Salud | 92 |

Introducción

Un trastorno mental es un conjunto de cuadros crónicos degenerativos y de discapacidad que comprenden diversos elementos diagnósticos. Por lo tanto, se contempla una jerarquía con base a los grados de estigma en varias categorizaciones que suponen a los trastornos mentales como una condición heterogénea (Choe et al, 2020). Para la Organización Mundial de la Salud [OMS], una de cada cuatro personas padecerá algún trastorno mental, suponiendo que del 40% de los trastornos crónicos el 1% desarrollará algún tipo de psicosis a lo largo de su vida (OMS, 2019). Por lo tanto, tienen en común determinantes de salud mental que no solo corresponden a las características individuales como la capacidad en la gestión de pensamientos o las emociones e interacciones relacionales; sino también a factores culturales, sociales, políticos, ambientales y económicos (Confederación Salud Mental España, 2011).

La OMS establece que existen 450 millones de personas en el mundo con al menos un trastorno mental grave (OMS, 2019), equivalente al 11% de la población mundial, lo cual, ha ido en aumento en hasta un 14% a partir de los últimos años. Ello como consecuencia de no establecer medidas adecuadas y disponibilidad en asistencia médica. De acuerdo con la Secretaría de Salud [SEDESA] (SEDESA, 2020), en México existen 15 millones de personas con al menos una afección mental, estimándose que el 18% de la población mexicana en edad productiva de 15 a 65 años, sufre algún tipo de trastorno mental grave y severa (Díaz- Castro, et al., 2020).

Formulación del problema

Estudios recientes han revelado que la población adulta de Ciudad Juárez se encuentra fuertemente comprometida con su salud mental, debido a que presentan indicadores significativamente altos en depresión, ansiedad y el 20% de la población juarense ha intentado al menos una vez terminar con su vida (González-Valles et al., 2019).

Las causas de los trastornos mentales se atribuyen al estrés, herencia genética, alimentación, infecciones perinatales y el exponerse a factores de riesgo del ambiente. De manera general, los trastornos mentales se caracterizan por alteraciones del pensamiento, deficiencia relacional con los demás, desorganización en las emociones, percepción y conducta. Aun así, hay una gran diversidad de trastornos mentales y algunas de sus manifestaciones son específicas (OMS, 2019). Los trastornos mentales tienen un origen multifactorial sin importar su distinción de raza, género o edad, el tratamiento requiere de un enfoque multidisciplinario cuyo objetivo es mejorar su calidad de vida (Díaz-Castro, et al., 2020).

En la clasificación de trastornos mentales contenidas en la guía de criterios diagnósticos de los trastornos mentales quinta versión DSM-5 de la Asociación Psiquiátrica Americana [APA] (APA, 2014), y por la clasificación internacional de enfermedades onceava versión CIE-11 de la OMS (OMS, 2019); se destacan las de mayor gravedad como las psicosis y esquizofrenias. Así mismo, se describen los síntomas de trastornos del estado de ánimo, específicamente la depresión y la bipolaridad; de los trastornos de ansiedad generalizada, de las demencias y los trastornos del desarrollo. La esquizofrenia se representa por ser un trastorno psiquiátrico e incapacitante afectando las áreas personales, familiares,

laborales y educativas a causa de sus síntomas. Daña a 24 millones de personas a nivel mundial, es decir, 1 de cada 300 personas equivalente a 0.32% resultando más frecuente en hombres que en mujeres, es un trastorno poco común manifestándose generalmente en un rango de edad de 20 a 30 años (OMS, 2022b). En México, se estima que más de un millón de personas vive con esquizofrenia (SEDESA, 2019).

La depresión es un trastorno mental y afectivo grave teniendo mayor prevalencia en mujeres que en hombres, afectando a más de 280 millones de personas a nivel mundial (OMS, 2021). En México, respecto al primer confinamiento por la COVID-19, se presentó una prevalencia del 27.3% de la población disminuyendo meses después a un 19.7%, siendo aún una estadística alarmante (Teruel-Belismelis et al., 2021). Así mismo, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] presentó su primera encuesta de bienestar en diciembre de 2021 informando que la población mexicana adulta con episodios depresivos asciende a un 15.4% y en las mujeres alcanza hasta un 19.5% (INEGI, 2021). Los indicadores en depresión moderada resultan ser significativos en la población de Ciudad Juárez con un 49%, con mayor prevalencia en mujeres con 28% que en hombres con un 21%, teniendo indicadores significativos en ideación suicida (González-Valles et al., 2019).

Por su parte, el trastorno afectivo bipolar afecta alrededor de 45 millones de personas en el mundo, se caracteriza por tener episodios alternos de manía y depresión periódica, pudiendo oscilar en la combinación de ambas sintomatologías (OMS, 2019). Se estima una prevalencia que va del 0.5 al 1.6% en un rango de edad de los 20 a 30 años entre los pacientes con trastorno bipolar I y II (Ramírez-Vargas et al., 2021). Estudios recientes han revelado que la población adulta de Ciudad Juárez engloba fuertes complicaciones en su salud mental, debido a que presentan indicadores significativamente altos en depresión, ansiedad y en

donde el 20% de la población juarense ha pensado al menos una vez terminar con su vida (González-Valles et al., 2019).

Trastornos mentales como la ansiedad, son considerados las segundas patologías mentales más incapacitantes después de la depresión, siendo más común en mujeres con 7.7% que en hombres con un 3.6% (Chacón-Delgado et al., 2021). Solamente en el año 2017 se estimó una prevalencia de 284 millones de personas en todo el mundo (Dattani et al., 2021). Sin embargo, a partir del primer año de la pandemia 2021, hubo un incremento en la prevalencia de la ansiedad de hasta un 25%, causando mayor impacto en México, Estados Unidos y Reino Unido (OMS, 2022a). En México, se estimó que el 19.3% de la población adulta sufre ansiedad severa y 31.3% sufre síntomas de ansiedad mínimas y específicas (INEGI, 2021).

En Ciudad Juárez, se ha indicado una prevalencia en ansiedad con rangos moderados del 36% en mujeres y del 35% en hombres, mientras que los indicadores significativos en ansiedad resultan más frecuentes en mujeres con un 35% y en hombres con un 29%. Lo cual, la ansiedad complica de manera alarmante a la salud mental de la población juarense (González-Valles, et al., 2019). Según en una divulgación periodística, Esparza (2021) refirió que durante la pandemia 118 juarenses tuvieron ideación suicida y, por lo menos, 75 de ellas lo intentaron, estimándose un incremento del 0.2% a partir del 2019 donde la población adulta de Ciudad Juárez intensificó sintomatología depresiva y de ansiedad con ideación suicida (INEGI, 2021; Lucero, 2021). Por otro lado, la población universitaria juarense también revela índices significativos en estrés, depresión, ansiedad e ideación suicida. Durante el 2019, la extensión de servicio estudiantil de una universidad local reportó a 1,329 alumnos buscando apoyo psicológico. El consumo de sustancias fue un factor clave que puso

en situación de riesgo al alumno en reforzar cuadros clínicos en depresión y ansiedad (Valenzuela, 2020).

Por otro lado, se considera que alrededor de 50 millones de personas a nivel mundial presentan demencia, siendo un trastorno crónico y progresivo que deteriora la función cognitiva, como también, las funciones ejecutivas; la demencia no es una consecuencia del envejecimiento natural, sin embargo, su prevalencia es significativa (OMS, 2020). En México, existen un aproximado del 7.5% de adultos mayores con trastorno de Alzheimer según con el Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. México se caracteriza por tener más personas mayores que niños menores de cinco años, se prevé que para el año 2050 la población menor de 15 años tendrá una disminución del 30% a 17.4%. Se estima que el incremento en la población de adultos mayores tendrá una mayor utilización de los servicios de salud de atención de trastorno es demenciales (INSP, 2020).

Dentro de las condiciones del desarrollo, como el Trastorno del Espectro Autista TEA hay una estimación a nivel mundial de que uno de cada 160 niños tiene TEA, siendo una estimación media. La prevalencia puede variar entre distintas investigaciones, sin embargo, en países de media y baja renta es desconocida (OMS, 2021a). En un estudio reciente, se estimó que el 20% de los niños en etapa escolar está en riesgo de presentar problemas severos de conducta, como cambios de niveles de conducta oposicionista, déficit de atención e hiperactividad de baja severidad (Morales-Chainé et al., 2017).

La prevalencia en trastorno mentales graves y severos descritos han presentado aumentos, provocando lamentables consecuencias a nivel socioeconómico y afectando de manera grave en el área de derechos humanos de quienes las padecen a nivel mundial, países

de baja y media renta son los que no reciben atención médica adecuada y algunas personas con trastornos mentales graves, cuadros clínicos y psicóticos son los que menos solicitan asistencia que la población en general (OMS, 2019). En México, la respuesta del sistema de salud ha sido insuficiente suscitando una brecha asistencial que origina que las personas con cuadros clínicos y psiquiátricos eviten buscar atención médica debido a la falta de disponibilidad especializada en salud mental, falta de recursos, y mayormente por la estigmatización hacia las personas con trastorno es mentales graves y severas (Díaz-Castro et al, 2020).

Aunado a la desatención de las instancias de salud en México, las personas que viven con un trastorno mental, además de no contar con recursos para la atención integral, suelen ser objeto de construcciones sociales negativas que se generan en torno a ellas y sus condiciones de vida, haciéndolas portadoras de un estigma social. El estigma y la discriminación en relación con los trastornos mentales graves y severos han sido motivo de atención por tener peores consecuencias que la discapacidad que causa el propio padecimiento (Grandón et al., 2017). Las personas que padecen trastornos mentales graves son grupos estigmatizados, en los cuales, a causa de este fenómeno se les disminuye las oportunidades de accesos a tratamientos multidisciplinarios afectando los procesos de recuperación psicosocial y, simultáneamente, generan menos oportunidades de empleo, vivienda y la posibilidad de mejorar su calidad de vida. Diversas investigaciones han identificado que la población en general, la familia y sus entornos más próximos los han visto como personas impredecibles, flojas e incluso peligrosas, por lo tanto, estos grupos estigmatizados llegan a incorporar actitudes que generan estigma internalizado y auto-estigma (Martínez-Castillo y Rosas-Santiago, 2021; Mascayano-Tapia et al., 2015).

Los factores que mantienen y generan la estigmatización en personas con trastornos mentales es la creación de estereotipos y prejuicios, cimentándose en el abordaje histórico y cultural de la *locura* promovido particularmente por los medios de comunicación. La falta de conocimiento y educación son de las principales causas que perpetúan el estigma y sus consecuencias, la prolongación de una detección precoz, la poca o nula adherencia al tratamiento psiquiátrico, psicosocial y/o comunitario. Por lo cual, las personas con trastornos mentales se convierten en una población vulnerable al experimentar recaídas intensificando su sintomatología, la construcción de su identidad, autoestima y autonomía se encuentra dañada de manera material, física y/o moral, interfiriendo negativamente en el proceso de tratamiento, reinserción social y recuperación funcional (Loubat et al., 2017).

Los autores afirmaron que el aislamiento y exclusión social suelen ser determinantes lapidarios en los lineamientos de la interacción entre la población y el individuo, provocando un criterio erróneo de cronicidad independientes de las características que se asocian a la patología, como también, el estigma compromete pautas fundamentales de la existencia en el individuo causando desajustes en lógicas sociales perpetuando creencias culturales, siendo estas aprendidas que promueven la distinción en relación al individuo y al resto de la población (Loubat et al., 2017).

Las repercusiones sufridas por la estigmatización hacia las personas con trastornos mentales no son asociadas solamente hacia ellas, sino también hacia su familia y entorno más próximo causando aislamiento y deterioro en el ámbito social. El estigma y discriminación es un fenómeno que conlleva una problemática actual que repercute en entornos próximos y cercanos como los familiares, siendo éstos los cuidadores principales que toleran una sobrecarga económica, laboral, afectando significativamente aspectos psicológicos,

emocionales y comportamentales y, por lo tanto, aumenta el temor a la exclusión social. Se ha propuesto que el fenómeno del estigma y discriminación debe ser evaluado a nivel familiar, población general y hacia los profesionales de salud responsables del tratamiento de esta patología (González-Pablos & Martín-Lorenzo, 2021).

Algunas investigaciones realizadas de manera exhaustiva apuntan que el estigma hacia personas con trastornos mentales es un fenómeno presentado de manera universal, es decir, que los estudios efectuados en países heterogéneos debido a diferentes políticas de salud, culturales y filosofía laboral presentan actitudes de rechazo y discriminación (Navarro-Gómez & Trigueros-Ramos, 2019). Los estudios respecto al estigma permiten visualizar que este fenómeno ocurre en distintos niveles sistémicos, ya que, se encuentran dentro de la comunidad inmediata del individuo, en las instituciones, población en general, medios de comunicación, entretenimiento y en el individuo mismo (Martínez-Castillo & Rosas-Santiago, 2021).

Es fundamental señalar la participación y labor crucial del personal de salud en la recuperación e integración social en el tratamiento en personas con trastorno es psiquiátricas, sin embargo, existe una alta frecuencia en las creencias negativas y actitudes estigmatizantes, prefiriendo no trabajar con este tipo de muestra poblacional (Navarro-Gómez & Triguero-Ramos, 2019; Ran et al., 2021; Szajna eta la., 2021). Se le ha denominado *Deformación profesional* al efecto encontrado en mucho de los profesionales de psiquiatría con más frecuencia que en otros profesionales de la salud, suelen formar estereotipos que generan comportamientos y actitudes paternalistas tendiendo a la infantilización y sobreprotección hacia los pacientes, expresando pronósticos no óptimos en la recuperación (Navarro-Gómez & Triguero-Ramos, 2019). Otros estudios han demostrado que, pese a los conocimientos

adquiridos del personal de salud, especialmente en psiquiatras, existe una falta de interés en la historia personal de sus pacientes psiquiátricos, diagnósticos con muy pocos pronósticos óptimos y reportan posturas pesimistas acerca de la recuperación y tratamiento, teniendo incluso actitudes estigmatizantes peores que la población general (Lagunés-Córdoba et al., 2022).

Se ha comprobado también que el conocimiento es un componente fundamental en la alfabetización en salud mental que reta las creencias y actitudes estigmatizantes, apoyando en mayor medida en el manejo de trastornos mentales. Se encontró que en la población general hay un efecto bajo a moderado en la reducción del estigma en el componente de conocimiento. Entre los familiares, profesionales y estudiantes académicos en salud el componente de conocimiento facilita una mejor comprensión y manejo de los síntomas psicóticos en un efecto de rango medio. Dentro del componente determinante de contacto con personas con esquizofrenia promueven un intercambio personal en mejorar la empatía y desafiar estereotipos negativos (Ran et al., 2021). Por otro lado, en estudios recientes en el sur de la India establecen que la población en general, familiares de personas con trastorno es mental grave y profesionales de la salud que tengan contacto frecuente, conocimiento del trastorno y actitudes positivas no predijeron una mayor comprensión y disposición en el manejo adecuado de los cuadros patológicos (Szajna et al., 2021).

Desde otra perspectiva, los medios de comunicación y entretenimiento son determinantes importantes en la estigmatización, debido a que son la fuente central de referencia sobre salud mental de la población en general. Una cobertura de los medios de comunicación que logre ser objetiva y rigurosa resulta ser un instrumento adecuado para combatir el estigma hacia los trastornos mentales severos y persistentes. En cambio, si hay

transmisiones que favorecen mitos y creencias negativas los medios de comunicación contribuyen a mantener el estigma y a reforzar estereotipos y prejuicios. Cabe señalar que en algunos medios de comunicación tienen la intención de informar sobre avances de tratamiento sobre alguna patología específica. Aunque el porcentaje es bajo, existe la presencia de cápsulas informativas que hablan sobre el rechazo que sufren las personas con trastorno es psiquiátricas, como también la falta de recursos sanitarios en el área de salud, sin embargo, en noticias que los atribuyen como perpetradores de violencia y como perpetradores de homicidio sobresalen de manera considerable (Pérez-Álvarez et al., 2015; González-Zapico, 2021).

Así mismo, se presentan estereotipos asociados con el peligro, violencia, holgazanería e inestabilidad emocional hacia personas con trastornos mentales graves, especialmente con cuadros psicóticos por parte de los profesionales de enfermería, admitiendo que experimentan miedo, culpa y agresión en contra de este tipo de pacientes. Por lo tanto, se ha observado la falta de capacidad y disponibilidad en profesionales de enfermería en el cuidado y la atención adecuada en el paciente y tratamientos, como también para afrontar crisis en fases prodrómica y crisis por recaídas, debido a la estigmatización y estereotipos asociados y al mismo tiempo, por la falta de credibilidad hacia las personas con trastornos mentales el malestar descrito por los ya mencionados, se les atribuya a los efectos secundarios de los fármacos o al propio trastorno dejándose de lado alguna patología somática causando el poco desarrollo de intervenciones preventivas (Martínez-Martínez et al., 2022).

En un estudio realizado en España acerca de las actitudes y procesos estigmatizantes donde participaron estudiantes universitarios reporta como resultados la identificación de consecuencias significativas en la persona dentro del grupo estigmatizado, dirigiendo a

internalizar los estereotipos afectando gravemente su autoestima y desmoralización (Navarro-Gómez & Trigueros-Ramos, 2021). Desde la perspectiva psicológica, una actitud se integra de por los componentes: cognitivos (conocimiento), afectivo (sentimiento, emoción), conductuales/ comportamentales. Por ende, el componente cognitivo es un conjunto de categorías que se otorga a un objeto por medio de sus características, el componente afectivo son las respuestas emocionales que se relacionan con el objeto y sus características y el componente conductual es la reacción del modo de actuar que se mostrará frente al objeto, sus características y a la categoría que se le haya otorgado (Esguerra, 1996). Así pues, las actitudes estigmatizantes son procesos sociales en las cuales el individuo o grupo crea una predisposición hacia el objeto evaluado categorizándolo de manera negativa (Esguerra, 1996; Navarro-Gómez & Trigueros-Ramos, 2021). En la investigación también se encontró que las actitudes sociales para personas con trastornos, como: la esquizofrenia, alcoholismo y adicción a sustancias tienen las peores opiniones a diferencia de otros síndromes y patologías, sin embargo, el rechazo y discriminación es la base común para cada uno de ellos (Navarro-Gómez & Trigueros-Ramos, 2021).

Según un estudio en Nigeria, los trastornos mentales y psiquiátricos resultan ser una carga económica y asistencial, además de que la brecha de atención se ve agravada por el fenómeno del estigma que coexisten con el sistema de creencias espirituales, modelos biomédicos y psicosociales en estudiantes universitarios de enfermería, farmacéuticos y médicos como respuesta social de países de renta media y baja. Además, coadyuvan otros aspectos que perpetúan en la estigmatización en la salud mental, como: discriminación, teorías atribuidas o el proceso de atributivo donde se tiende a atribuir la situación de trastorno mental a la suerte, situación y acciones de la misma persona afectada por la patología,

generando a su vez en el individuo, estigma internalizado, desvaloración y culpa (Bamgbose-Pederson et al., 2022).

Como medidas dirigidas a la discriminación del estigma hacia personas con trastornos mentales graves, se han establecido estrategias para la disminución del estigma e intervenciones antiestigma. Corrigan et al. (2001) referido por Mascayano-Tapia et al., (2015) establece que las intervenciones de empoderamiento personal son la mejor estrategia para el auto estigma o el estigma internalizado, como también, intervenciones individuales con enfoque cognitivo conductual, comprobándose eficacia en el incremento de la autoestima y reducir creencias negativas internalizadas sobre la patología. Las intervenciones de tipo comunitario han tenido mucha frecuencia en su aplicación respecto al estigma familiar, fundamentadas en psicoeducación, estrategias de apoyo y contención. Un estudio reportó que una intervención conducida por otros familiares redujo notablemente el estigma familiar (Mascayano-Tapia et al., 2015). Por lo tanto, se encuentra la psicoeducación y la estrategia basada en la protesta, la cual, desafía las actitudes y conductas estigmatizantes en el estigma público. Sin embargo, se han señalado resultados con baja significancia, tendiendo resultados con limitantes de corto plazo. Se ha destacado que la estrategia de contacto interpersonal con los grupos estigmatizados ha tenido resultados con mayor efectividad que las dos mencionadas anteriormente (Mascayano, Albeldaño & Escobar, 2015).

En un estudio, se exploraron las experiencias subjetivas del personal de salud, cuidadores y personas con psicosis, reportando como hallazgos que el estigma es un fenómeno que está conformado por los factores institucionales, tales como falta de recursos sanitarios, el impacto de la hospitalización del paciente y sus familiares; la sintomatología del trastorno, como la paranoia, la elección individual versus patologización; la

hospitalización como reforzamiento del aislamiento social, ya que se pierde la socialización como herramienta terapéutica (Xanthopoulou et al., 2022). Para los autores, la integración comunitaria se define como un factor fundamental para reducir desigualdades socioeconómicas y estigmatización, construyendo comunidades con conocimiento, afables y flexibles favoreciendo la oportunidad de dirigir hacia la independencia de los servicios de salud mental.

En un estudio realizado en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México, dio lugar a la realización una breve intervención contra el estigma para residentes de psiquiatría. Consistió en dos sesiones grupales de psiquiatras responsables del tratamiento de algún trastorno mental. La primera sesión comprendía una presentación en la desacreditación de los mitos y estereotipos más comunes, videos acerca de las experiencias de personas que utilizaban los servicios de salud que se relacionaban con el rechazo y estigma social, como también, una breve reflexión de los videos y presentación y experiencias compartidas por parte de los psiquiatras de alguna frustración en su propio entrenamiento al tratar con pacientes y el apoyo de los recursos otorgados por el sistema de salud. Posteriormente, en la segunda sesión se incluía el impacto del estigma en la salud mental y entrenamiento en el manejo de pacientes complicados. Los resultados fueron factibles, efectividad significativa, aceptada y considerada necesaria por los mismos participantes (Lagunés-Córdoba et al, 2022).

Algunos estudios han considerado a los trastornos mentales como única y homogénea condición dejando de lado que existen diferentes tipos de grados de intensidad de estigma asociada a diversas afecciones psiquiátricas y psicológicas (Choe et al., 2020). Sin embargo, las diferencias en los grados de intensidad en el impacto a los diferentes tipos de diagnósticos

relacionados a los distintos niveles de estigma han sido identificados en los últimos años. Por decir, en una muestra binacional de universitarios de Estados Unidos y de la República de Corea se encontraron que hay un menor nivel de aceptación hacia los trastornos mentales y comportamentales en comparación hacia las condiciones físicas y/o sensoriales. Por lo tanto, las diferencias en la aceptabilidad hacia los trastornos mentales son significativas, provocando más actitudes negativas en la esquizofrenia y en los trastornos por consumo de sustancias (Choe et al., 2020).

Así mismo, un estudio reveló que el estigma a un nivel público se asoció con un mayor deterioro funcional y peores consecuencias relacionadas con el área laboral, mientras que el auto estigma se asoció mayormente con sintomatología depresiva y de ansiedad. Las personas con trastorno afectivo bipolar y el estigma público se asociaron con tasas similares en comparación con las personas con diagnóstico de esquizofrenia y depresión mayor (Perish et al., 2022). Se asocia el estigma público y discriminación por parte de familiares, personal de salud y amigos hacia trastorno es afectivos como la depresión mayor y bipolaridad, revelando que el auto estigma en estas dos afecciones es mucho mayor en jóvenes, siendo que la familiaridad de alguien con algún trastorno mental se correlaciona con mayor aceptación para algunos trastornos y no para todos (Choe et al., 2020; Perish, Mitchell y Vilus, 2022).

Preguntas de investigación

Descrita la problemática, las interrogantes que surgen de la misma son: ¿Cuál es el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales por parte de sus familiares, personal de atención que labora con ellos y población general de Ciudad Juárez?

¿Existen diferencias en el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales entre las muestras de familiares, personal de atención y población general de Ciudad Juárez?

Justificación del estudio

El estigma hacia las personas con trastornos mentales ha sido ampliamente investigado alrededor del mundo, en América Latina se ha determinado que los estudios han sido escasos y, en México ha sido muy poco su desarrollo (Chang et al., 2018). La frecuencia en aumento en el estigma y discriminación hacia personas con diagnóstico psicopatológico tiende a revelar una gran necesidad de atención en la perspectiva teórica, intervención psicológica y de contextualización puesto que el proceso de estigmatización y discriminación suponen un impedimento social en la integración de los grupos estigmatizados, en la búsqueda de tratamiento psiquiátrico, psicosocial y comunitario, como también, en la adherencia del mismo.

Puesto que los trastornos mentales no significan una única condición homogénea, es imprescindible analizar y conocer los distintos grados y niveles de estigma hacia las personas con diferentes tipos de diagnóstico de enfermedades mentales graves. En las últimas décadas, las enfermedades mentales han sido identificadas en una sola categoría, la importancia de una jerarquización en el estigma conjunta a mantener una mayor teorización y adecuación en las políticas inclusivas sociales y de salud mental, como, a estrategias psicosociales que permitan disminuir el estigma de manera más significativa.

Las dificultades y necesidades a los que se enfrenta la persona con algún trastorno mental podrían corresponder a dos acotamientos: las que son derivadas hacia su psicopatología y a las derivadas del estigma social. Las derivadas hacia la enfermedad mental

son las relacionadas con la sintomatología y discapacidad, son abordadas ante intervenciones de diferente índole, como farmacológicas, psicosociales y comunitarias. Las que son derivadas del estigma social han sido consideradas más dañinas teniendo un carácter permanente, están relacionadas con las dificultades de una recuperación funcional y social (Díaz, 2015).

Es imprescindible dentro de la ciencia psicológica una constante comparación, sobre todo en dos poblaciones con grandes diferencias. La población de Ciudad Juárez se encuentra sumamente invisibilizada y el estigma es un fenómeno que esta ciudad va contemplando en cada una de sus diferentes problemáticas. La contextualización del estigma en Ciudad Juárez representa una base sólida en la cual trabajar en el ámbito de la investigación y en las estrategias adecuadas para mejores tratamientos hacia personas con enfermedades mentales graves.

Por consiguiente, los estudios basados en evidencia guían a consolidar abordajes en intervenciones psicosociales dirigidas a reducir el estigma hacia personas con enfermedades mentales graves y a la disminución de la exclusión en sus familiares, promover el conocimiento y contacto de calidad en profesionales de la salud y, así mismo, contextualizar según el grado del estigma en la población de Ciudad Juárez (Kazdin, 2018). Por ende, es imprescindible conocer y seleccionar las estrategias psicosociales más efectivas de algunos trastornos mentales, ya que, existen estrategias que pueden ser contraproducentes en otras. Una de las metas necesarias e importantes dentro de la praxis, es saber que la enfermedad mental no solo supone una sola categoría, es por eso, que se deben de conocer los diferentes grados o niveles en cada trastorno mental para una mejor adecuación hacia las políticas

inclusivas en salud mental, como también, conocer el grado de estigma para mejores estrategias en intervención psicosocial y comunitarias.

Objetivos del estudio

Objetivo general

Evaluar el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales en muestras de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales en familiares, personal y población general de Ciudad Juárez
2. Comparar el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales entre familiares y personal de atención.
3. Comparar el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales entre personal de atención y población general.
4. Comparar el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales entre población general y familiares.

Hipótesis

El nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales es moderado en las muestras de Ciudad Juárez.

Existen diferencias en el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales entre familiares y personal de atención que labora con ellas.

Existen diferencias en el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales entre personal de atención y población general de Ciudad Juárez.

Existen diferencias en el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales entre población general y familiares.

Capítulo I. Estigma y trastornos mentales

La teorización de la psicología acerca del estigma se ha acercado mediante un enfoque interdisciplinario entre la psicología social, sociología, antropología y dentro de una actualización que se ha ilustrado dentro de las últimas décadas, en un enfoque de la rehabilitación psicosocial. En torno a los mecanismos que los individuos desarrollan y tienden a establecer distinciones, separaciones y etiquetamientos, que con mucha frecuencia dan como resultado la generación de marginación, discriminación y exclusión social dentro de procesos estigmatizantes (Badallo–Carbajosa, 2011). Autores como (Goffman, 1963; Dovidio et al., 2000) han referido y desarrollado a construcciones teóricas sobre el estigma.

Estigma: concepto complejo y multidimensional

En una primera aproximación, el estigma aparenta ser un fenómeno unitario que fundamenta una conceptualización lineal y de fácil predicción, sin embargo, está muy lejos de ser denominado de tal manera. En vista de un análisis más minucioso, el fenómeno de estigmatización proviene de una terminología compleja y variada, dentro de la psicología social y de la sociología muestran como referente las actitudes. Siendo estas mismas una explicación sobre la mayor parte de la conducta humana y, por ende, también explican medidas para predecirla y modificarla (Esguerra, 1996). Como en cualquier fenómeno social, las actitudes presentan componentes afectivos, cognitivos y comportamentales encontrándose interrelacionados y donde el proceso de las actitudes permite al individuo generar una connotación de preferencia hacia resultados del objeto por medio de la evaluación e impresiones que pueden resultar neutrales, positivas o negativas. Las connotaciones en el proceso de las actitudes básicamente dan referencia a la manera de

clasificar, catalogar y categorizar a otros sujetos y objetos (Esguerra, 1996; López et al., 2008).

Desde una perspectiva psicológica la actitud es un sistema integrado por los componentes: (a) cognitivo, los sujetos otorgan y necesitan dar nombre a todos los estímulos para generar un mayor conocimiento y control, asimismo, se desglosan un conjunto de características y descripciones para poder categorizarlos, aunque algunas veces las características no se ajusten con el objeto o sujeto que posteriormente se le haya dado una carga afectiva negativa o positiva, (b) afectivo, se deposita o transfiere la carga afectiva, sentimientos y emociones al objeto social, los matices resultan ser por medio de condiciones placenteras o desagradables, (c) comportamental, se predice que tipo de conducta se presentará enfrente al objeto social, se activa la disposición del actuar de una forma específica hacia el objeto (Esguerra, 1996).

Concretamente, el sistema integrado de las actitudes no es únicamente un determinante de lo que les gustaría hacer a los individuos, sino también, en lo que deben hacer y, por consiguiente, cuando existe una brecha en la congruencia de las cualidades reales de algún objeto social y cualidades o características impuestas se vinculan al estigma social, en el cual, se distinguen: (a) estereotipos, es un sistema de creencias negativas y erróneas que algunos grupos sociales mantienen hacia otro grupo social que se determina por sesgos, condicionando el valor de conductas y características de dicho grupo, (b) prejuicio, son predisposiciones afectivas y generalmente negativas a las características de cada miembro de determinado grupo social y están sobre creencias estereotipadas, (c) discriminación, se desarrollan actos o acciones habitualmente de manera agresiva, para fomentar medidas en términos de exclusión y aislamiento social sobre dichos grupos sociales determinados

(Esguerra, 1996; López et al, 2008). Por ende, estos tres conceptos se refuerzan mutuamente y se encuentran interrelacionados donde la incongruencia juega una participación importante y el estigma social suele generarse (López et al, 2008).

Dentro de la consideración actual del estigma, se encuentran tres conceptos previos que ayudan a entenderlo: estereotipo, prejuicio y discriminación. (González-Pablos & Martin-Lorenzo, 2021). En la antigua Grecia fue creado el concepto de estigma, como “marca hecha en la piel con un hierro candente” refiriéndose a cortes o quemaduras que simbolizaban una representación negativa en el status moral de quienes lo poseían, pudiendo ser: esclavos, criminales y traidores. Posteriormente, en el surgimiento del cristianismo se adicionaron dos connotaciones metafóricas, como la alusión a las marcas corporales que eran escogidos por la gracia de la divinidad; la segunda connotación referida a las secuelas medicas debidas a la alusión anterior (Goffman, 1963).

La Real Academia Española RAE, en conceptualizaciones más actuales, define al estigma, como: “desdoro, afrenta, mala fama”, y también “lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional y hereditaria”. En el ámbito de salud, como ejemplo ambas definiciones indican reacciones negativas producidas ante ciertos diagnósticos y por el solo hecho de padecer algún trastorno (González-Pablos & Martin-Lorenzo, 2021). A nivel teórico, uno de los principales acercamientos en su conceptualización es definido por el sociólogo Erving Goffman (1963) de su libro “La identidad deteriorada”, define al estigma, como: “un atributo profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo”. El autor considera tres tipos de los atributos a causar, uno de ellos es el tipo de los defectos del carácter, como: perturbaciones

mentales, consumo y adicción a las drogas y repulsiones (González-Pablos & Martín-Lorenzo, 2021).

Se describen algunas concepciones preliminares de la sociedad, y que esta misma establece mediante los medios para categorizar a los individuos y es el intercambio social cotidiano que permite tratar con otros en medios preestablecidos, incluso sin la necesidad de otorgar una atención especial, ya que, las apariencias ayudan a determinar su identidad social permitiendo categorizarlo e identificar sus atributos. Asimismo, una identidad social virtual impone una característica que se atribuye al individuo realizada por una mirada retrospectiva en potencia en esencia; cuando la categorización o categoría y atributos correspondientes del individuo que se puedan demostrar que le pertenecen, se denomina como su identidad social real (Goffman, 1963).

Por otro lado, cuando se demuestra el atributo del otro que se encuentra de frente, se vuelve diferente dentro de la categoría a la que tiene acceso por los demás, es así que se deja de ver como una persona completa, reduciéndolo en alguien desvalorizado, menospreciado e inficionado, convirtiéndolo para algunos en algo peligroso, débil e inestable. De ese modo, un atributo visto a esa magnitud se considera un estigma como tal, debido a que se genera una discrepancia especial entre la identidad social virtual y real. Cabe señalar, que no todos los atributos indeseados son aspectos para considerar como parte de una estigmatización, sino solo aquellos aspectos que generen incongruencia con el propio estereotipo y referencia acerca de cómo debe ser determinados algunos individuos (Goffman, 1963).

Por consiguiente, el autor menciona tres tipos de estigmas donde sus diferencias se precisan de manera notable: en primera instancia, se encuentra la de los defectos corporales

y físicas, sensoriales. En segunda instancia, se refiere a los defectos de carácter percibiéndose como falta de voluntad, pasiones antinaturales o tiránicas, falso o rígido sistema de creencias, indecencia o deshonestidad, incluyendo referencias como trastornos o enfermedades mentales, adicción a sustancias y alcohol, homosexualidad, falta de empleo, intentos de suicidio. Posteriormente, se menciona la estigmatización tribal sobre la raza, nación y religión con probabilidad de un aprendizaje intergeneracional, expandiéndose de manera relacional formado endogrupos, debido a que el individuo estigmatizado busque y se relacione con pares con características similares (Goffman, 1963).

La estigmatización, al igual que el autor, la refieren como la consecuencia del grupo estigmatizado conformado por individuos que son devaluados, deshumanizados y en ciertas ocasiones despersonalizados en estereotipos caricaturizados; los estereotipos y prejuicios son los puntos principales para estigmatizar a otros, por lo tanto, se han señalado todo un conjunto de características de personalidad como parte de los grupos sociales estigmatizadores, como el conservadurismo político y económico, autoritarismo, etnocentrismo y problemáticas instalados en individuos específicos. Por otro lado, las consecuencias de ser un blanco de estigmatización resultan de una notable gravedad en grupos vulnerables como problemáticas psicológicas, estando en juego su posición moral, los grupos estigmatizadores suelen tener respuestas de forma ambivalente, ya que, no se consideran negativas de manera constante, es decir, los sentimientos negativos hacia las personas con alguna discapacidad física frecuentemente se encuentran asociada a la simpatía. Por eso mismo, el concepto estigma está relacionado, mas no es sinónimo de marginación, desviación, prejuicio, basado en actitudes antipática (Dovidio et al., 2000).

Jones, 1984, citado por Dovidio et al. (2000) refiere que existen seis dimensiones en las condiciones estigmatizantes: (a) invisibilidad a características estigmatizantes que son visibles, como desfiguros faciales y corporales, (b) desarrollo de la marca, cuando el atributo va en progreso como enfermedades de esclerosis múltiples, ceguera, (c) disruptiva, en donde interfiere en las relaciones interpersonales, como el tartamudeo, (d) estética, se relaciones con reacciones subjetivas hacia la percepción de superficial hacia otros, (e) origen, la marca o cicatriz estigmatizada por otros, incluso también refiere la responsabilidad del individuo estigmatizado por originar su atributo, (f) peligro, involucra alguna enfermedad contagiosa, terminal e incluso, obesidad. En definición, se concluye no solo adoptaría una función en concreto, sino que forma parte de una variación de funcionalidades, es decir, que surge a partir de una serie de estrategias por parte del grupo estigmatizador (Dovidio et al, 2000).

Estigma y la experiencia moral

El estigma es concebido como un proceso social otorgado por los enfoques sociológicos y autores teóricos y que ofrece diversas dimensiones (Hsin Yang et al., 2007). Es por eso, el concepto estigma es considerado como una característica donde se permite identificar a individuos integrados en determinados grupos que generan conductas discriminatorias y establecen características al grupo estigmatizado, asociándolos con estereotipos y prejuicios (Badallo-Carbajosa, 2011). El concepto de estigmatización, no solo supone a reacciones o respuestas sociológicas, sino también de respuestas considerablemente prácticas, es por eso, que el estigma y su proceso se vuelve altamente peligroso, de larga duración y se dificulta su contención (Hsin Yang et al, 2007).

El estigma empeora el sufrimiento del individuo o grupo estigmatizado, efectuando que la marginalización se refuerce y desarrollando a un individuo con agobio y vergüenza, visto en retrospectiva en ambivalencia y bajo estatus. Por otra parte, el individuo o grupo estigmatizador, el estigma resulta ser una reacción natural y sólida, la cual surge como característica de autopreservación, mecanismo de defensa y de manera profunda, se representa en la experiencia moral y existencial de percibir una sensación de estar amenazado. En definitiva, la experiencia moral es referida como un registro de la vida cotidiana y compromiso pragmático para cualquier individuo, siendo que, la vida cotidiana resulta ser un aspecto profundo dentro del desarrollo humano, debido a que los individuos tienen algo que ganar o perder, ya sea, estatus, dinero, relaciones, trabajo y salud (Hsin Yang et al, 2007).

Aparte de las contribuciones sobre el estigma de teóricos expuestos anteriormente, dicho como un proceso social y cultural, los antropólogos han concebido al estigma como un proceso moral, en el cual, las actitudes y condiciones estigmatizadas amenazan solo aquello que realmente importa a quienes la padecen o sufren. El estigma es un proceso universal, ya que, comparte una experiencia existencial, siendo observada desde una perspectiva intercultural. Sin embargo, se debe tener cautela en catalogar todas las formas de discriminación en ideas estereotipadas de estigma (Goffman, 1963; Hsin Yang et al, 2007). Foucault, 1977, citado en Hsin et al. (2007) refiere que el estigma ha variado en grados y condiciones en épocas diferentes según el tipo de discursos administrativos y legales (Hsin Yang et al, 2007).

Estereotipos, Prejuicio y Discriminación

Desde la perspectiva psicológica, el prejuicio surge como una problemática social en el año de 1924 cuando el psicólogo social Allport en su intento por explicar que las diferencias sociales supuestas no eran suficiente motivo para justificar las actitudes negativas hacia grupos de minorías. Durante todo el siglo XIX e inicios del siglo XX las actitudes negativas de superioridad frente a las minorías eran justificadas como algo natural e inevitables. A partir de 1920, el prejuicio fue conceptualizado como una actitud negativa e irracional considerado para análisis científico, posteriormente, en la década de los 40, el prejuicio fue abordado de manera psicoanalítica como el resultado de un conjunto de estructuras políticas que promueven el prejuicio y discriminación adheridas a la personalidad configuradas en estilos de crianza autoritarios, punitivos y represivos. Por consiguiente, como alternativa de la perspectiva psicoanalítica para una mayor comprensión del prejuicio se enlaza el enfoque en cognición social poniendo en relieve al prejuicio como un resultado adaptativo dentro de procesos de categorización, percepción y enjuiciamiento social. Allport, Adorno y otros autores especializados a partir de la década de los 50 determinaron que no importa que etiología o perspectiva interpretativa se conceptualice el prejuicio, ya que, es considerado un fenómeno generalizado, es decir, es un fenómeno que tiende a responder de manera agresiva y hostil hacia otro grupo que sea diferente al propio (Ungaretti, Müller y Etchezahar, 2016).

Allport y Adorno en (1950) fueron de los pioneros en analizar el fenómeno de autoritarismo como característica dentro del concepto del prejuicio, asimismo, el fenómeno de autoritarismo se analiza como un rasgo de personalidad que evoca la creencia del control social coercitivo, ya que, los individuos con personalidad autoritaria tienen mayores niveles

de prejuicio hacia personas que son percibidas por ellos como peligrosas y amenazantes de las formas tradicionales de vivir.

Autoritarismo, Benevolencia y Restricción Social

Existen tres conceptualizaciones perjudiciales entre las actitudes del estigma: el autoritarismo, benevolencia y restricción social. El primero se refiere a una percepción del enfermo mental como alguien que solicita de una continua supervisión y con el que se justifica la coerción; el segundo aparentemente se puede inferir como una visión empática y humana hacia las personas con enfermedades mentales, pero a la vez, como una visión paternalista y de invalidación hacia su autonomía, debido a que este grupo de población es considerado infantil e ingenua y el tercero se refiere a identificar a las personas con enfermedades mentales graves como un peligro para la sociedad y, por ende, perpetua el aislamiento. El autoritarismo y benevolencia, según Corrigan et al. (2001) son considerados una forma de prejuicios e influyen a la distancia y restricción social.

Como ya se ha mencionado anteriormente, los estereotipos son estructuras de conocimiento sobre un grupo social y también representan nociones colectivas sobre un exogrupo de manera eficiente debido a que los individuos generan impresiones y expectativas sobre un grupo estigmatizado, un ejemplo de una noción estereotipada es: las personas con enfermedades mentales son muy peligrosas. Posteriormente, el proceso sigue avanzando generando una emoción convirtiéndose en un prejuicio, un ejemplo sería: las personas con enfermedades mentales son muy peligrosas, me dan mucho miedo. Y, por último, la discriminación se basa en la emoción del prejuicio, la cual el individuo actúa y se conduce por medio de la noción de conocimiento esparcida, generalizada y eficiente: no conviviré con

personas con enfermedades mentales graves porque son muy peligrosas y me dan miedo (Corrigan et al. 2001).

La familiaridad es descrita como la experiencia en el conocimiento de lo que significa una enfermedad mental (Corrigan et al, 2001; Corrigan 2004). La intensidad de la familiaridad también puede ser considerada en grados de experiencia o estigmatización, es decir, un individuo puede tener una noción de conocimiento en lo que presenta los medios de comunicación, cine o televisión o en conocer por medio de grupos sociales próximos, como: algún compañero del trabajo, familiar, amigo y/o pareja con alguna enfermedad mental grave. La familiaridad como la ideología sobre salud mental son consideradas de manera inversamente perjudiciales como actitudes asociadas a las enfermedades mentales graves, refiriéndose también a la aceptación de este tipo de población asociados a los centros de apoyo psiquiátricos, psicosociales y comunitarios (Corrigan et al, 2001; Corrigan 2004).

Proceso de estigmatización

Para las personas con enfermedades mentales graves un alto impacto que suponen un doble desafío a enfrentar, por una parte, es la discapacidad y sintomatología ya prevista en capítulos anteriores y, por otra parte, se encuentran los estereotipos y prejuicios que resaltan el poco o nulo conocimiento e ideas erróneas que mantienen actitudes sociales negativas hacia cada una de las enfermedades mentales (Carrington et al., 2002). Goffman, 2007, citado por Badallo-Carbajosa (2011) define al proceso de estigmatización como una carrera moral, ya que, se genera el estigma interiorizado por parte del sujeto estigmatizado (Badallo-Carbajosa, 2011). Asimismo, el autoestigma es consecuencia, es generado y mantenido por

el estigma público asociado a prejuicios, estereotipos y discriminación por parte de grupos dominantes como una reacción general.

El proceso de estigmatización conlleva una serie de aspectos y de vías que básicamente, se llevan de manera sucesiva: (a) etiquetado o labeling, se identifica una marca o diferencia que la hace determinante en un grupo de individuos, (b) asociación de características negativas y desacreditadoras con individuos etiquetados, (c) se consideran como grupos o miembros de un grupo aislados, aparte, diferentes, como: ellos y nosotros, (d) las repercusiones y reacciones emocionales de quien estigmatiza, desde temor, ansiedad, irritabilidad, causando exclusión social, autoritarismo y paternalismo, ya que, los grupos estigmatizados como personas con enfermedades mentales se consideran erróneamente irresponsables, implicando que otros toman decisiones por ellos, debido a que necesitan ser cuidadas como si fueran niños (Carrington & Watson, 2002; Link et al., 2004; López et al, 2008).

Por consiguiente, las repercusiones emocionales y afectivas en los grupos estigmatizados corresponden con el miedo, ansiedad y con gran predominancia de la vergüenza, de aquí surge el autoestigma con consecuencias que resultan ser desastrosas por las múltiples experiencias de rechazo desembocando autoexclusión, aislamiento, agresividad hacia grupos sociales dominantes y, por lo tanto, se forma un sesgo de confirmación de estos endogrupos (Badallo-Carbajosa, 2011), (e) pérdida de estatus por medio de la discriminación hacia el grupo estigmatizado (López et al, 2008), el sentido de identidad no solo se encuentra herido, ni vehemente por el estigma social, sino también, presenta una indiferencia relativa (Carrington & Watson, 2002; Link et al, 2004; López et al, 2008; Badallo-Carbajosa, 2011).

Por último, (f) la existencia de factores y dimensiones estructurales que se asocian con asimetrías de poder (López et al, 2008).

Como cualquier interacción social, la dinámica estigmatizante se desencadena entre integrantes de los grupos normativos y grupos estigmatizados, en donde se originan una serie de aspectos psicosociales que llevan a cabo ambos grupos, favoreciendo un desarrollo en el contacto mediado por el estigma. La probabilidad que una persona diagnosticada por el trastorno de esquizofrenia busque actuar como agente estigmatizador ante otra persona que identifique como alguien “peor que él” representándolo como una categoría para poder resguardar su autoestima. La dinámica estigmatizante se forma en diferentes tipos de contacto, independientemente de que exista un intercambio comunicativo o interacción social o no. Las dimensiones de contacto son las siguientes: duración, intercambio comunicativo e interacción social (Badallo-Carbajosa et al., 2018).

Desde los recursos en el ámbito de la rehabilitación psicosocial que son observadores que vienen alertando desde hace décadas del efecto de la discriminación y sus experiencias incidiendo de manera significativa en la vida cotidiana en personas con esquizofrenia. Por lo tanto, se identifica la presencia de una dinámica de estigmatización como característica a la discriminación, la dinámica estigmatizante. Este constructo muestra el origen, mantenimiento y acción del estigma. Los análisis explícitos en investigaciones y en algunas intervenciones que se incluyen en esta perspectiva el funcionamiento y características de la dinámica estigmatizante, postula fortalecer los procesos de recuperación, por consiguiente, la influencia de la discriminación en los grupos estigmatizados disminuirá y, a su vez, el estigma. (Badallo-Carbajosa et al, 2018).

Dicho lo anterior, la dinámica estigmatizante y sus factores determinantes se centran de manera presente en las interacciones entre los grupos estigmatizadores y estigmatizados, encontrándose muy relacionado con la carrera moral. Dicho por el propio Goffman, 2007, citado en Badallo-Carbajosa (2011): la carrera moral es el resultado de la interiorización del estigma de las personas que sufren constantemente comportamientos discriminatorios por permanecer a un grupo desvalorizado socialmente, dentro del efecto de la interacción dialéctica existen mecanismos psicológicos que detonan situaciones y dinámicas estigmatizantes, como: (a) la categorización, se dirige a percepciones estereotípicas de los miembro de un mismo grupo o de otro, como también, se dirige a acentuar diferencias intergrupales, (b) comparación social, se dirige hacia el efecto de acentuación y hacia la exageración en las diferencias y similitudes intergrupales (Gil-Rodríguez & Alcover de la Hera, 2005; Badallo-Carbajosa, 2011).

Trastornos mentales

Las enfermedades mentales, comportamentales o del neurodesarrollo son síndromes que se caracterizan por ser clínicamente significativos en el estado de la cognición, regulación comportamental y emocional, reflejo de una disfunción en los procesos biológicos, psicológicos y del desarrollo encontrándose de forma latente en el funcionamiento mental. Generalmente, se relacionan con un estrés severo o deterioros significativos a nivel familiar, laboral, personal, educativo, ocupacional y/o de otros ámbitos de vida importantes (APA, 2014; CIE, 2019).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Graves de la APA (2014), las enfermedades mentales se conceptualizan en base a normas y principios

culturales, familiares y sociales. Los marcos interpretativos son otorgados por la cultura dándole una formación en la experiencia y expresión de los signos, síntomas y conductas que integran criterios para el diagnóstico. Es por eso, que la evaluación diagnóstica considera si las experiencias, síntomas y conductas se diferencian de manera inadecuada de las normas socioculturales causando conflictos en la génesis cultural del individuo y en los determinantes familiares y sociales. Los límites y los umbrales de tolerancia entre la patología y normalidad dependen de la diversidad de culturas, cuando un comportamiento se considera anormal y se necesita apoyo clínico depende también las normas culturales que son internalizadas por el mismo individuo.

Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios

Se representa por tener alteraciones significativas del sentido de la realidad y en el comportamiento por medio de la sintomatología positiva manifestándose con delirios, alucinaciones, pensamiento, comportamiento y lenguaje desorganizado. También por medio de sintomatología negativa manifestándose con afecto embotado, abulia, alteraciones psicomotoras. Asimismo, también tiene un inicio durante la infancia y podría confundirse con el autismo, debido a las deficiencias sociales observables, siendo descrita como un estado prodrómico en el que se genera creencias e intereses atípicos y deterioro social (APA, 2014; CIE 2019).

Algunos investigadores en profesiones de salud mental reportaron varios hallazgos donde se publicaron que las campañas que se basan en explicaciones sobre determinismos biológicos que definen a la esquizofrenia y otro tipo de psicosis tienden a ser poco efectivas. Estas campañas suponen aliviar la culpa y disminuir los prejuicios que son manifestados

hacia las personas con trastornos psicóticos, debido a que el contenido central que utilizan estos programas de educación son las causas cerebrales, suelen incrementar el estigma sufrido por personas con diagnóstico de esquizofrenia y otras psicosis. Por consiguiente, también se añadió que las personas con trastornos psicóticos padecen de la llamada *triada tóxica*, debido a que la sociedad los percibe como impredecibles, peligrosos y ninguna posible recuperación y, esta última, por medio de campañas en donde el argumento central son las bases biológicas del trastorno psicótico, refuerzan la imposibilidad de que la sociedad los vea como personas con enfermedades sin remedio y no tratables. Es por eso, que los autores recomiendan la utilización en explicaciones psicosociales para reforzar actitudes humanizadoras donde se les permite a las personas con trastornos psicóticos compartir historias propias de recuperación e historias que han sufrido a consecuencia de la estigmatización (Longdon & Read, 2017).

Debido a que el fenómeno de la estigmatización es considerado un constructo social negativo y trae como consecuencia comportamientos discriminatorios hacia las personas con trastornos mentales graves y psicóticos, también implica otro aspecto a tratar que es la visión de las *propias personas estigmatizadas* sobre la enfermedad mental, resultando ser la denotación de los prejuicios motivando a crear asilamiento como medida de protección. Aunado a lo anterior, este fenómeno se denomina *Disonancia en la psicosis* y se considera de tanta necesidad la implementación de *Programas orientados a la integración de grupos iguales* para generar situaciones de cooperación y convivencia para reducir el autoestigma y erradicar el aislamiento progresivo (Chang et al., 2018; Gaceta Médica, 2019).

Depresión

Las enfermedades mentales depresivas son el referente principal de una notable desregularización disruptiva afectiva con presencia del estado de ánimo triste, vacío e irritable, caracterizado por síntomas somáticos y cognitivos que afectan de manera significativa al funcionamiento del individuo. Las diferencias de las enfermedades depresivas se sitúan en la duración, etiología y presencia temporal (APA, 2014; CIE, 2019).

Trastorno depresivo mayor

Es considerado como la clásica representación dentro de las enfermedades depresivas. Su duración es de al menos 2 semanas de episodios determinados que implican cambios notables y observables en el ámbito afectivo, cognitivo y del funcionamiento neurovegetativo y remisiones interepisódicas que suelen ser recurrentes. Se atribuyen los siguientes criterios diagnósticos: pérdida de interés y de placer, con estado de ánimo decaído la mayor parte del tiempo, casi o todos los días, con una descripción subjetiva de sensación de vacío y desesperanza, en niños y adolescentes se observa irritabilidad, disminución notable de placer o interés, presenta insomnio o hipersomnia la mayoría de los días, observación por parte de otras personas como retraso o agitación del sistema psicomotor en casi todas sus actividades, pérdida o ganancia de peso importante, como también del apetito, fatiga y cansancio la mayoría de los días, sensación de inutilidad y culpabilidad con la probabilidad de que sea delirante, poca capacidad de concentración, pensamiento, toma de decisiones, ideación suicida, intentos de suicidio y pensamientos de muerte persistentes. Los síntomas causan de manera grave deterioro social, laboral. Cinco o más síntomas han estado presentes durante dos semanas y es un cambio opuesto al funcionamiento anterior descrito (APA, 2014; CIE, 2019).

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Se caracteriza por cóleras graves, recurrentes y persistentes que son manifestadas de manera verbal y/o comportamentales, dado que la intensidad es desproporcional a la situación, los accesos de cólera se manifiestan dos o tres veces por semana sin concordar con el grado de desarrollo y persisten de forma irritable e irascible la mayor parte del día, casi todos los días, son observables por el entorno próximo del individuo (APA, 2014; CIE, 2019).

Trastorno depresivo persistente

Se presenta estado del ánimo depresivo la mayor parte del día, poco o mucho apetito, insomnio o hipersomnia, cansancio y fatiga, poca autoestima, sentimientos de desesperanza, poca capacidad de concentración e incapacidad para tomar decisiones (APA, 2014; CIE, 2019).

Ansiedad

Las afecciones por parte de la ansiedad se les atribuye por un conjunto de miedos y angustias excesivas, como también, la alteración conductual relacionada. Las enfermedades por ansiedad se diferencian según el objeto o situaciones que incentivan miedo, angustia y comportamientos evitativos, asimismo del contenido de pensamientos y creencias asociadas (APA, 2014; CIE, 2019).

Trastorno bipolar I

Para que exista un diagnóstico del trastorno bipolar I es fundamental que se cumplan los criterios del curso del episodio maniaco. Asimismo, puede que haya existido ya episodios

de hipomanía y episodio de depresión mayor. Para que exista un diagnóstico del trastorno bipolar I es fundamental que se cumplan los criterios del curso del episodio maniaco. Asimismo, puede que haya existido ya episodios de hipomanía y episodio de depresión mayor (APA, 2014; CIE, 2019).

Episodio maniaco

El episodio maniaco se caracteriza por tener un periodo definido de un estado de ánimo anormal, elevado y de irritabilidad que persista como mínimo una semana y se presenta la mayor parte del día. El grado de cambio en el comportamiento es significativo ocurriendo un aumento del autoestima o sentimiento de grandeza, la necesidad de dormir disminuye notablemente, habla más de lo normal, descripción de pensamientos a máxima velocidad/ fuga de ideas, se distrae fácilmente ante estímulos con poca importancia, participación en actividades con consecuencias caóticas para el individuo como en juego, despilfarro monetario, actividades sexuales. No se atribuye al efecto de una sustancia, pero si al deterioro notable en el ámbito social y laboral (APA, 2014; CIE, 2019).

Episodio hipomaniaco

Es un periodo que dura con un mínimo de 4 días con un estado de ánimo anormal, elevado e irritable, presentándose la mayor parte del día, casi todos los días. Los cambios comportamentales son notorios y significativos como un aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza, la necesidad de dormir disminuye notablemente, habla más de lo normal, descripción de pensamientos a máxima velocidad/ fuga de ideas, se distrae fácilmente ante estímulos con poca importancia, participación en actividades con consecuencias caóticas para el individuo como en juego, despilfarro monetario, actividades

sexuales. No se atribuye al efecto de una sustancia, pero si al deterioro notable en el ámbito social y laboral. No existe gravedad en el episodio para que se genere un deterioro social y laboral, sin embargo, los síntomas son observables por parte de las demás personas (APA, 2014; CIE, 2019).

Episodio de depresión mayor

Perdida de interés y de placer, con estado de ánimo decaído la mayor parte del tiempo, casi o todos los días, con una descripción subjetiva de sensación de vacío y desesperanza, en niños y adolescentes se observa irritabilidad, disminución notable de placer o interés, presenta insomnio o hipersomnia la mayoría de los días, observación por parte de otras personas como retraso o agitación del sistema psicomotor en casi todas sus actividades, pérdida o ganancia de peso importante, como también del apetito, fatiga y cansancio la mayoría de los días, sensación de inutilidad y culpabilidad con la probabilidad de que sea delirante, poca capacidad de concentración, pensamiento, toma de decisiones, ideación suicida, intentos de suicidio y pensamientos de muerte persistentes. Los síntomas causan de manera grave deterioro social, laboral. Cinco o más síntomas han estado presentes durante dos semanas y es un cambio opuesto al funcionamiento anterior descrito (APA, 2014; CIE, 2019).

Trastorno bipolar II

Para el cumplimiento de bipolaridad II se deben cumplir criterios de hipomanía y episodio depresivo mayor (APA, 2014; CIE, 2019).

Episodio hipomaniaco

Es un periodo que dura con un mínimo de 4 días con un estado de ánimo anormal, elevado e irritable, presentándose la mayor parte del día, casi todos los días. Los cambios comportamentales son notorios y significativos como un aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza, la necesidad de dormir disminuye notablemente, habla más de lo normal, descripción de pensamientos a máxima velocidad/ fuga de ideas, se distrae fácilmente ante estímulos con poca importancia, participación en actividades con consecuencias caóticas para el individuo como en juego, despilfarro monetario, actividades sexuales. No se atribuye al efecto de una sustancia, pero si al deterioro notable en el ámbito social y laboral. No existe gravedad en el episodio para que se genere un deterioro social y laboral, sin embargo, los síntomas son observables por parte de las demás personas (APA, 2014; CIE, 2019).

Episodio de depresión mayor

Perdida de interés y de placer, con estado de ánimo decaído la mayor parte del tiempo, casi o todos los días, con una descripción subjetiva de sensación de vacío y desesperanza, en niños y adolescentes se observa irritabilidad, disminución notable de placer o interés, presenta insomnio o hipersomnia la mayoría de los días, observación por parte de otras personas como retraso o agitación del sistema psicomotor en casi todas sus actividades, perdida o ganancia de peso importante, como también del apetito, fatiga y cansancio la mayoría de los días, sensación de inutilidad y culpabilidad con la probabilidad de que sea delirante, poca capacidad de concentración, pensamiento, toma de decisiones, ideación suicida, intentos de suicidio y pensamientos de muerte persistentes. Los síntomas causan de

manera grave deterioro social, laboral. Cinco o más síntomas han estado presentes durante dos semanas y es un cambio opuesto al funcionamiento anterior descrito (APA, 2014; CIE, 2019).

Trastorno ciclotímico

Se caracteriza por ser una alteración del estado del ánimo que fluctúa y es crónica que genera numerosos síntomas en episodios hipomaniacos y depresivos entre sí. Los criterios diagnósticos atribuyen que han existido un episodio de síntomas de hipomanía y de depresión cumpliendo como mínimo un periodo de dos años, en niños y adolescentes como mínimo un año y medio, no deben cumplir como episodios hipomaniacos y de depresión mayor, solamente como síntomas (APA, 2014; CIE, 2019).

Trastornos del Neurodesarrollo

Son un conjunto de afecciones y síndromes que surgen a partir de la etapa de desarrollo de manera precoz, habitualmente antes de que el niño inicié la primaria, caracterizado por un déficit y dificultades significativas en la adquisición y ejecución del funcionamiento psicomotriz, intelectual, del lenguaje, sociales específicas y, por ende, surgen deficiencias en el ámbito académico, social, ocupacional y personal. Los déficits de desarrollo tienen una variación en las limitaciones del aprendizaje, control de impulsos o funciones ejecutivas y deficiencias generales de la inteligencia y habilidades sociales (APA, 2014; CIE, 2019).

Trastorno del Espectro Autista TEA

Se caracteriza por manifestar deficiencias en la comunicación social, reciprocidad socioemocional, comprensión, conductas comunicativas verbales y no verbales que se utilizan en la interacción social sin poder integrarse, anomalías en el contacto visual y del lenguaje corporal, dificultades en la regulación del comportamiento en contextos específicos y variados, compartir juegos imaginarios, generalmente nulo interés hacia otras personas (APA, 2014; CIE, 2019).

Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad TDAH

Se caracteriza por grados de anomalías de inatención, hiperactividad/ impulsividad, desorganización en donde surgen a al momento de atender y ejecutar tareas y actividades, que aparentemente no escuchan, se implican también actividad y movimientos excesivos e impulsivos, intromisión en actividades no propias, incapacidad para mantenerse sentado. Es una afección persistente alcanzando la edad adulta teniendo deterioros en los ámbitos académicos, ocupacionales, relacionales y sociales (APA, 2014; CIE, 2019).

Trastorno del Desarrollo Intelectual

Es una afección que inicia en el periodo de desarrollo y existen deficiencias en el funcionamiento intelectual y limitaciones en el comportamiento adaptativo en los ámbitos conceptual, social y práctico, déficit en el razonamiento, resolución de problemas, fracaso en el desarrollo sociocultural, de autonomía y vida independiente (APA, 2014; CIE, 2019).

Trastorno negativista desafiante

Su comportamiento denota negatividad, hostilidad y desafío sobre todo ante la instrucción de realizar tareas que requieran exigencia y dedicación. En base al diagnóstico diferencial, en los individuos con TDAH también tiene comportamientos caracterizados por la aversión a la escuela y porque pueden desarrollar actitudes negativistas hacia tareas mentalmente estrictas (APA, 2014; CIE, 2019).

Marco contextual

Ciudad Juárez por ser una importante ciudad fronteriza de México, es el Paso del Norte para el movimiento migratorio sobre el traslado hacia su país vecino Estados Unidos de América. Oficialmente, Heroica Ciudad Juárez cuenta una población estimada de 1 millón 512 mil 420 habitantes siendo la localidad que cuenta con la mayor población de 67 municipios del estado de Chihuahua. Aunado al tema de calidad de vida de la ciudadanía, en México existe una amplia brecha en oportunidades de empleo, vivienda y vida, ya que, la discriminación constante ante las distintas etnias y color de piel predisponen a la población hacia el alcance de dichos derechos. En Ciudad Juárez, 9 de cada 100 juarenses refirieron haber sufrido algún tipo de discriminación, por ende, proyecta en esta ciudad un tumulto de desigualdades sociales (INEGI, 2022).

Ciudad Juárez destaca de una manera lamentable en los índices de violencia, sobre todo, hacia las mujeres y en feminicidios a nivel nacional. De acuerdo a los datos estadísticos de la Fiscalía General del Estado [FGE] se registran por promedio 4 homicidios por día, durante el año 2021 se registraron más de 1400 asesinatos siendo los meses de mayo y diciembre los más violentos (INEGI, 2022). Por otro lado, en Madrid las mujeres que son

asesinadas por causa de violencia de genero se registran 2 por promedio de forma mensual y según los datos del Balance de Criminalidad del Ministerio del Interior varía con un porcentaje de 11.54% durante el último trimestre del 2021, considerándose la tercera ciudad europea con menos asesinatos (INE, 2021).

Una de las características principales de Ciudad Juárez, es el desarrollo y aposento de la industria maquiladora, suscitándose la primera maquiladora y el primer Parque Industrial en 1965 con el estilo de los parques industriales estadounidenses y requerimientos, como: jardines, estacionamientos y rutinas en los horarios de los trabajadores. Durante el inicio de la década de los 40, se estableció un acuerdo llamado Programa Bracero frente a la necesidad de mano de obra agrícola para la economía estadounidense de contar con este tipo de gestión laboral empleada, ya que, se pretendía controlar la inmigración de obreros agrícolas para la contratación temporal en tierras norteamericanas (Santiago-Quijada, 2011).

Según los datos del INEGI (2021), la educación en Ciudad Juárez presenta una mejoría notable, durante los primeros años de la década de los 2000 hasta la actualidad la población analfabeta se redujo a 15 millones de personas, aun así, tiene muestra representativa moderadamente alta con un 4.7% de población (INEGI, 2021).

Capítulo II. Metodología

El siguiente capítulo presenta la metodología de la investigación, el desarrollo y descripción sobre el fundamento del tipo de enfoque, diseño y método para abordar de manera consensuada y ética a los participantes.

Enfoque y Diseño

Consiste en un estudio de tipo descriptivo- comparativo, con enfoque cuantitativo y análisis univariado de varianza, debido a que la muestra de personal de atención se implementó un instrumento diferente a las muestras de familiares y población general, ya que se analizó las frecuencias de la variable de estigma. Posteriormente, se realizó una prueba de normalidad o bondad Kolmogorov- Smirnov y Shapiro- Wilk que permita identificar y analizar el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales en muestras de Ciudad Juárez, como también, la comparación entre ellas mediante la media y varianza desconocida (León y Montero, 2020). El estudio está constituido por dos etapas:

Etapas 1. Aplicación de instrumentos Ciudad Juárez

Se firmó una carta de formalización por parte del director del Hospital Civil Libertad el Doctor José Guillermo Patiño Trejo, emitida por el Programa del doctorado y Coordinación. Anteriormente, el proyecto de investigación se expuso siendo inmediatamente aceptado y autorizado, posteriormente, el inicio del proceso de la aplicación de instrumentos y recolección de datos de los familiares de personas con trastornos mentales fue el 1 de agosto de 2022, el cual, consistió en abordar a cada persona de manera individual en la sala de espera, explicando la investigación propuesta y que aceptaran de manera voluntaria firmando

la carta de consentimiento informado. Después de aceptar y firmar la carta de consentimiento informado, respondieron al cuestionario sociodemográfico y posteriormente, la Escala de Devaluación y Discriminación de 19 reactivos. La duración promedio en responder consta de una estimación de 10 minutos.

El proceso en la aplicación de instrumentos y recolección de datos por 2 meses, en un horario establecido de 8 de la mañana a 1 de la tarde, durante 4 días hábiles a la semana, ya que, un día el personal de atención y salud lo dedicaban a las valoraciones de los pacientes del hospital.

El personal de atención y salud del Hospital Civil Libertad, también se abordó con el mismo proceso de los familiares, se acudió en los diferentes horarios establecidos por el hospital, siendo organizados por tres turnos: matutino, vespertino y nocturno. Así mismo, el personal de atención dentro del Hospital Civil Libertad consta de: un psiquiatra, 5 psicólogos, enfermeros y practicantes de enfermería y psicología. El instrumento aplicado fue la Escala de Estigma y Salud Mental para Profesionales de la Salud y un cuestionario sociodemográfico, además de aceptar y firmar de manera voluntaria la carta de consentimiento informado.

En lo que concierne, la muestra de la población general se realizó en Google Forms la aplicación de los instrumentos, como el cuestionario sociodemográfico y la Escala de Devaluación y Discriminación Percibidas para comodidad de los participantes. De igual forma, en las muestras de los familiares y personal de atención se realizó enlaces de los instrumentos por Google Forms.

Etapa 2. Análisis de datos y resultados

Los análisis estadísticos de datos y resultados se efectuaron mediante el Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para el manejo de la estadística descriptiva para determinar los niveles de estigma a través de porcentajes de cada muestra, mediante de tablas de frecuencias.

Población y muestra

Según una investigación en Ciudad Juárez sobre el panorama de la salud mental, se estimó un total de 733,088 de 1,131,312 adultos evaluados y encuestados de tener al menos una enfermedad mental grave (Red de Organizaciones dedicadas a la Atención de Trastornos Mentales y Adicciones [ROTMENAS], 2021). Por otro lado, existen una estimación de 580 personal de salud que labora en Ciudad Juárez con tan solo 20 psiquiatras que trabajan en Ciudad Juárez. Se estimó, con una aproximación de 854, 058 personas con rango de edad de 18 a 60 años que habitan en Ciudad Juárez (INEGI, 2021) una muestra de 253 participantes.

Tabla 1
Población y Muestra del estudio en Ciudad Juárez y Madrid

| Muestra | Muestra representativa | Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|----------------------|------------------------|--|--|
| Familiares | 135 | Familiares de personas con enfermedades mentales graves Edad 18-60 años Ambos sexos Carta de consentimiento firmada | Fuera del rango de edad No tener familiares con enfermedades mentales graves. Que no deseen participar en el estudio |
| Personal de atención | 63 | Profesionales de atención y salud que labore con personas con enfermedades mentales graves (psiquiatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales) Ambos sexos | Que no sean los profesionistas mencionados Que no deseen participar en el estudio |

| | | | |
|-------------------|----|--|---|
| | | Carta de consentimiento informado firmada | |
| Población general | 82 | Población que no tenga contacto o convivencia con personas con enfermedades mentales graves Edad 18 a 60 años Ambos sexos Carta de consentimiento informado firmada | Que tengan convivencia con personas con enfermedades mentales graves Fuera del rango de edad Que no deseen participar en el estudio |

Elaboración propia

Consideraciones éticas

La participación es voluntaria y se puede abandonar el estudio en el momento en que lo desee el participante, los datos son confidenciales y privados, la información proporcionada es con fines de investigación. En caso de publicación se mantiene a los participantes en el anonimato. Los resultados serán presentados a los participantes y el participante tiene derecho solicitar la destrucción o el anonimato de registros o partes de registros que pudieran considerarse particularmente delicados, como fotografías, cintas de video o de audio, en cuanto a la ley de Transparencia y protección de datos personales de sujetos obligados.

Conceptualización y operacionalización de variables

Acorde con la variable que se quiere medir y comparar en tres grupos poblacionales, se efectuara un esquema, en el cual, se operacionalicen y se efectúen como categorías analíticas de instrumentos que serán de utilidad para los instrumentos adecuados para el estudio. La variable es estigma social y se desprendiéndose las siguientes dimensiones: estereotipos, prejuicios y discriminación.

Estigma

Es un atributo, rasgo, condición o comportamiento que la persona que lo porta este incluida en una categoría social donde recibe respuestas negativas, viéndolas como inferiores e inaceptables (Goffman, 1963).

Por consiguiente, se desprenden las dimensiones:

Estereotipos

Es un sistema de creencias negativas y erróneas que algunos grupos sociales mantienen hacia otro grupo social que se determina por sesgos, condicionando el valor de conductas y características de dicho grupo (Esguerra, 1996; López et al, 2008).

Prejuicio

son predisposiciones afectivas y generalmente negativas a las características de cada miembro de determinado grupo social y están sobre creencias estereotipadas (Esguerra, 1996; López et al, 2008).

Discriminación

Se desarrollan actos o acciones habitualmente de manera agresiva, para fomentar medidas en términos de exclusión y aislamiento social sobre dichos grupos sociales determinados.

Tabla 2. Operacionalización de variables

| Variable | Definición conceptual | Dimensiones | Indicadores |
|--|--|---|--|
| Estigma hacia las personas con enfermedades graves | Es un fenómeno social que desacredita y desaprueba a personas con enfermedades mentales por medio de un sistema conformado por estereotipos, prejuicios y discriminación | <ol style="list-style-type: none"> 1. Estereotipos 2. Prejuicios 3. Discriminación | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema de creencias negativas y erróneas que la sociedad mantiene hacia personas con alguna enfermedad mental grave. 2. Predisposiciones afectivas y generalmente negativas a las características de personas con enfermedades mentales graves y están sobre creencias estereotipadas 3. Se desarrollan actos o acciones habitualmente de manera agresiva, para fomentar medidas en términos de exclusión y aislamiento social sobre dichas personas etiquetadas |

Instrumentos y estrategias en la recolección de datos

Cuestionarios sociodemográficos. Se efectuó tres cuestionarios sociodemográficos para familiares, personal de atención y población general.

Escala de Percepción de la Discriminación y la Devaluación hacia la Enfermedad Mental DDS

Compuesta por 19 reactivos, cuyas respuestas se asocian con la funcionalidad de la mayoría de la gente cree o piensa con tal de reducir la tendencia consciente e inconsciente de responder que será vista de manera aceptable por los demás. Es con formato de escala de Likert de cuatro puntos que va de 1=totalmente en desacuerdo a 4=totalmente de acuerdo. El instrumento tiene una consistencia interna global de 0.78 en alpha de Cronbach (Mora- Ríos et al, 2013).

Dado que el estudio del estigma hacia las personas con trastornos mentales se ha ido abordando en distintos contextos sociales, la DDS es una de las escalas considerablemente más implementadas en el área de investigación internacional. Originalmente, es un diseño unidimensional de 12 reactivos creado por Link en 1987, consistiendo como base de medición en las percepciones en las actitudes estigmatizantes o no de los individuos sobre los trastornos mentales. No obstante, ha obtenido algunas críticas por el grado de ambigüedad por el termino y referencia de “la mayoría de las personas”.

Dicho anteriormente, la escala se ha adaptado a varios contextos sociales alrededor del mundo, entre ellos México, por lo tanto, se emplearon métodos mixtos como parte de un estudio transcultural en donde se incluyen profesionales de la salud, personas con trastornos mentales, población general, como también, los familiares que sean cuidadores principales de alguien con algún diagnóstico psiquiátrico (Mora- Ríos y Ortega- Ortega, 2020).

Dentro de la población mexicana, se incorporan siete preguntas más y tres factores, como: mitos y estereotipos que dan relevancia a la cultura mexicana; el siguiente factor sobre

las actitudes favorables que tienen como base la estructura factorial de investigaciones anteriores; el tercer y último factor denominado percepción social de desvalorización y discriminación (Mora- Ríos y Ortega- Ortega, 2020).

Escala sobre Estigma Relacionado a Problemas de Salud Mental para Profesionales de la Salud

Compuesta por 12 reactivos con una escala Likert de 1=totalmente en desacuerdo, 3= neutral, 5= totalmente de acuerdo. Es una escala compuesta originalmente por 26 reactivos, en la cual, destacan si es que existen actitudes estigmatizantes en profesionales de la salud mental. Consiste de tres factores obteniendo una notable consistencia interna, el primer factor denominado Distancia social abordándose distancias físicas hacia personas con trastornos mentales u otras condiciones con índices de problemas de salud mental; el segundo factor de Atribuciones de características negativas, en el cual, se atribuyen reacciones agresivas y hostiles a personas con trastornos mentales a consecuencias de poca voluntad y disciplina en el manejo de sus vidas; y por último, el factor de Problemas de autosuficiencia que describe a las personas con nula capacidad de cuidarse a sí mismas. Por lo tanto, dentro del alfa de Cronbach tiene una estimación dentro de la consistencia interna de las escalas y subescalas un coeficiente de confiabilidad de .67 y .74, con intervalo de confianza de 95% (Varas-Díaz, et al, 2012).

Capítulo III. Resultados

A continuación, se presentan los resultados del nivel de estigma de las siguientes muestras: 135 familiares adultos, 63 participantes del personal de atención, 82 participantes de la población general, realizándose una prueba de normalidad de medida no paramétrica de Kolmogorov- Smirnov, en el cual, se obtuvo un puntaje significativo de $P = .000$, es decir, no hubo diferencias significativas en las tres muestras.

Tabla 3. Prueba de normalidad Kolmogorov- Smirnov

| Familiares | Estadístico | Grados de Libertad (gl) | Significancia (bilateral) |
|-----------------------------|-------------|-------------------------|---------------------------|
| Kolmogorov-Smirnov | 0.125 | 135 | .000 |
| Personal de atención | Estadístico | Grados de Libertad (gl) | Significancia (bilateral) |
| Kolmogorov-Smirnov | 0.67 | 63 | .000 |
| Población general | Estadístico | Grados de Libertad (gl) | Significancia (bilateral) |
| Kolmogorov-Smirnov | 0.98 | 82 | .000 |

Para dar respuestas en los objetivos específicos de este estudio, posteriormente, se ejercieron las pruebas de U de Mann- Whitney para cumplir con las comparaciones de grupos. Se muestran las medias y desviaciones estandarizadas de los 3 grupos o muestras basados en los instrumentos utilizados para cada una de ellas con el fin de estandarizar los datos (ver tabla 3.1).

Tabla 3.1 Análisis univariante

| Grupo | Medias | Desviación estándar |
|----------------------|--------|---------------------|
| Familiares | -.0612 | 1.36320 |
| Personal de atención | -.0004 | 1.00037 |
| Población general | -.0007 | 1.00004 |
| Total | -.0294 | 1.18584 |

En la tabla 4 se observa que no hubo diferencias significativas entre los tres grupos, según el análisis pruebas de efectos inter-sujetos, $F(2, 277) = .093$, $p = .911$.

Tabla 4. Prueba de efectos inter- sujetos.

| Origen | Tipo III de suma de cuadrados | gl | Cuadrático promedio | F | Sig. |
|------------------|-------------------------------|-----|---------------------|------|------|
| Modelo corregido | .264a | 2 | .132 | .093 | .911 |
| Interceptación | 105 | 1 | .105 | .074 | .786 |
| Grupo | 264 | 2 | .132 | .093 | .911 |
| Error | 392.069 | 277 | 1.415 | | |
| Total | 392.575 | 280 | | | |
| Total corregido | 392.332 | 279 | | | |

La comparación entre grupos de familiares y personal de atención resultó sin diferencia significativa de acuerdo con la tabla 5 y tabla 6.

Tabla 5. Prueba de Mann- Whitney entre familiares y personal de atención. Rangos.

| | Grupo | N | Rango promedio | Suma de rangos |
|-----------------------|----------------------|-----|----------------|----------------|
| Estigma_Estandarizada | Familiares | 135 | 100.19 | 13526.00 |
| | Personal de atención | 63 | 98.02 | 6175.00 |
| | Total | 198 | | |

Tabla 6. Estadísticos de prueba.

| | Estigma_Estandarizada |
|-----------------------------|-----------------------|
| U de Mann-Whitney | 4159.000 |
| W de Wilcoxon | 6175.000 |
| Z | -.249 |
| Sig. asintótica (bilateral) | .803 |

La comparación entre grupos del personal de atención y población general también resultó sin diferencia significativa de acuerdo con la tabla 7 y tabla 8.

Tabla 7. Prueba de Mann- Whitney entre personal de atención y población general. Rangos.

| | Grupo | N | Rango promedio | Suma de rangos |
|-----------------------|----------------------|-----|----------------|----------------|
| Estigma_Estandarizada | Personal de atención | 63 | 72.00 | 4536.00 |
| | Población general | 82 | 73.77 | 6049.00 |
| | Total | 145 | | |

Tabla 8. Estadísticos de prueba.

| | Estigma_Estandarizada |
|-----------------------------|-----------------------|
| U de Mann-Whitney | 2520.000 |
| W de Wilcoxon | 4536.000 |
| Z | -.251 |
| Sig. asintótica (bilateral) | .801 |

La comparación entre grupos de familiares y la población general y tampoco resultó sin diferencia significativa de acuerdo con la tabla 9 y tabla 10.

Tabla 9. Prueba de Mann-Whitney entre familiares y población general. Rangos.

| | Grupo | N | Rango promedio | Suma de rangos |
|-----------------------|-------------------|-----|----------------|----------------|
| Estigma_Estandarizada | Familiares | 135 | 109.38 | 14766.00 |
| | Población general | 82 | 108.38 | 8887.00 |
| | Total | 217 | | |

Tabla 10. Estadísticos de prueba.

| | Estigma_Estandarizada |
|-----------------------------|-----------------------|
| U de Mann-Whitney | 5484.000 |
| W de Wilcoxon | 8887.000 |
| Z | -.114 |
| Sig. asintótica (bilateral) | .909 |

Sección de resultados secundarios

Los resultados que se presentan a continuación son una extensión de lo que se encontró adicionalmente de los objetivos e hipótesis planteadas en el inicio de este estudio. Por lo tanto, se realizaron unas tablas de manera descriptiva y estadística las frecuencias de las tres poblaciones que participaron en el estudio, presentando por ítems de los dos instrumentos que se utilizaron en las tres poblaciones. Se utilizó el SPSS para analizar los

estadísticos descriptivos de cada ítem y de cada población en las frecuencias en las que cada participante estaba de acuerdo o no en cada afirmación/ ítem.

Tabla 11. Cuadro descriptivo de los ítems de la población de los 135 familiares participantes

| Ítems Familiares | 1. Estoy totalmente en desacuerdo | 2. No estoy de acuerdo | 3. Estoy de acuerdo | 4. Estoy totalmente de acuerdo |
|---|-----------------------------------|------------------------|---------------------|--------------------------------|
| 1. La mayoría de la gente aceptaría como amigo cercano a alguien que alguna vez tuvo una enfermedad mental severa. | 18.50% | 31.10% | 33.30% | 17% |
| 2. La mayoría de la gente piensa que alguien que ha estado ingresado en servicios psiquiátricos es tan inteligente como cualquier otra persona. | 18.50% | 20.70% | 39.30% | 21.50% |
| 3. La mayoría de la gente piensa que alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental severa resulta tan confiable como cualquier otra persona. | 18.50% | 45.20% | 23.70% | 12.60% |
| 4. La mayoría de la gente aceptaría como maestra de niños en una escuela, a alguien que se ha recuperado completamente de una enfermedad mental severa. | 20% | 34.10% | 25.90% | 12.60% |
| 5. La mayoría de la gente piensa que ingresar en un servicio psiquiátrico representa un fracaso personal. | 26.70% | 40.70% | 25.90% | 6.70% |
| 6. La mayoría de la gente no contrataría para cuidar a sus hijos a alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental severa, aunque esta persona ya se encuentre recuperada. | 16.30% | 30.40% | 37.80% | 15.60% |
| 7. La mayoría de la gente hace menos a las personas que han estado en servicios psiquiátricos. | 17.80% | 27.40% | 43.70% | 11.10% |
| 8. En la mayoría de los trabajos contratarían a alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental, si está bien calificada para el puesto. | 17% | 37.80% | 33.30% | 11.90% |
| 9. La mayoría de los trabajos no considerarían la solicitud de empleo de alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental. | 18.50% | 31.90% | 32.60% | 17% |
| 10. La mayoría de la gente en mi comunidad trataría como a cualquier otra persona, a alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental. | 18.50% | 25.90% | 41.50% | 14.10% |
| 11. La mayoría de la gente joven no estaría dispuesta a salir en una cita con alguien que ha estado hospitalizado por un trastorno mental severo. | 18.50% | 31.90% | 38.50% | 11.10% |
| 12. La mayoría de la gente no tomaría con seriedad las opiniones de alguien, si saben que esa persona estuvo hospitalizada o en tratamiento psiquiátrico. | 15.60% | 36.30% | 34.80% | 13.30% |

| | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|
| 13. La mayoría de la gente piensa que una mujer es más propensa a las enfermedades mentales | 28.90% | 40% | 20% | 11.10% |
| 14. La mayoría de la gente piensa que un enfermo mental tiende a ser violento. | 14.80% | 20.70% | 39.30% | 25.20% |
| 15. La mayoría de la gente siente miedo al estar frente a un enfermo mental. | 14.10% | 22.20% | 43% | 20.70% |
| 16. La mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental son débiles de carácter. | 20.70% | 36.30% | 29.60% | 13.30% |
| 17. La mayoría de los familiares de un enfermo mental se avergüenzan de él. | 30.40% | 36.30% | 25.20% | 8.10% |
| 18. La mayoría de las escuelas no aceptarían a una persona que ha estado hospitalizada por una enfermedad mental. | 18.50% | 35.60% | 31.90% | 14.10% |
| 19. La mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental están pagando un castigo por algo que hicieron. | 40.00% | 34.10% | 20.00% | 5.90% |

En la tabla 11, se puede observar el porcentaje de los familiares de personas con trastornos mentales en cada ítem del cual la frecuencia destaca en las respuestas de escala Likert, así mismo, se puede destacar el nivel de estigma de cada población de una manera descriptiva y con la posibilidad de poder compararla con la muestra de los participantes de la población general, ya que, utilizaron el mismo instrumento o escala.

En el ítem 1, *la mayoría de la gente aceptaría como amigo cercano a alguien que alguna vez tuvo una enfermedad severa grave* una leve diferencia del 33.30% de los que sí están de acuerdo con esta afirmación y con un 31.10% con los que no están de acuerdo.

En el ítem 2, *la mayoría de la gente piensa que alguien ha estado ingresado en servicios psiquiátricos es tan inteligente como cualquier otra persona* tiene frecuencia de aceptación y están de acuerdo con un 39.30%.

En el ítem 3, *la mayoría de la gente piensa que alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental severa resulta tan confiable como cualquier otra* tiene una frecuencia en desaprobación/ no estar de acuerdo con un 45.20%.

En el ítem 4, *la mayoría de la gente aceptaría como maestra de niños en una escuela a alguien que se ha recuperado completamente de una enfermedad mental severa* con una desaprobación/ no estoy de acuerdo con un 34.10%.

En el ítem 5, *la mayoría de la gente piensa que ingresar en un servicio psiquiátrico representa un fracaso personal* con uno estoy de acuerdo del 40.70% de la muestra de familiares.

En el ítem 6, *la mayoría de la gente no contrataría para cuidar a sus hijos a alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental severa, aunque esta persona ya se encuentre recuperada* con un estoy de acuerdo del 37.80%.

En el ítem 7, *la mayoría de la gente hace menos a las personas que han estado en servicios psiquiátricos* teniendo una desaprobación/ no estoy de acuerdo del 43.70%.

En el ítem 8, *en la mayoría de los trabajos contratarían a alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental si está calificada para el puesto*, teniendo un no estoy de acuerdo de 37.80%.

En el ítem 9, *la mayoría de los trabajos no considerarían la solicitud de empleo de alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental* una leve diferencia del 32.60% de los que sí están de acuerdo con esta afirmación y con un 31.90% con los que no están de acuerdo.

En el ítem 10, *la mayoría de la gente en mi comunidad trataría como a cualquier otra persona, a alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental* teniendo como aprobación/ estoy de acuerdo de un 41.50%.

En el ítem 11, *la mayoría de la gente joven no estaría dispuesta a salir en una cita con alguien que ha estado hospitalizado por un trastorno mental severo* teniendo un 38.50% en estoy de acuerdo.

En el ítem 12, *la mayoría de la gente no tomaría con seriedad las opiniones de alguien, si saben que esa persona estuvo hospitalizada o en tratamiento psiquiátrico* teniendo una breve diferencia de un 36.80% con un no estoy de acuerdo y de un 34.80% con un estoy de acuerdo.

En el ítem 13, *la mayoría de la gente piensa que una mujer es más propensa a las enfermedades mentales* teniendo un 40% sobre un no estoy de acuerdo.

En el ítem 14, *la mayoría de la gente piensa que un enfermo mental tiende a ser violento* con un estoy de acuerdo con 39.30%.

En el ítem 15, *la mayoría de la gente siente miedo al estar frente a un enfermo mental* con un estoy de acuerdo con frecuencia de 43%.

En el ítem 16, *la mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental son débiles de carácter* teniendo más frecuencia con un no estoy de acuerdo del 36.30%.

En el ítem 17, *la mayoría de los familiares de un enfermo mental se avergüenzan de él*, con una frecuencia del 36.30% de un no estoy de acuerdo.

En el ítem 18, *la mayoría de las escuelas no aceptarían a una persona que ha estado hospitalizada por una enfermedad mental* tiene una frecuencia del 35.60% de un no estoy de acuerdo.

En el ítem 19, *la mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental están pagando por un castigo por algo que hicieron* se encuentra una frecuencia del 40% en un estoy totalmente en desacuerdo.

Nivel de estigma según el análisis estadístico de la muestra de los familiares de personas con trastornos mentales

En el cuadro descriptivo de la tabla 11, se puede observar 9 ítems, de los cuales, tuvieron una frecuencia de mayor aceptación en los participantes/ familiares de personas con trastornos mentales en 9 ítems (ítem 1, ítem 2, ítem 5, ítem 10, ítem 11, ítem 12, ítem 13, ítem 16, ítem 17, ítem 18 e ítem 19).

Tabla 12. Cuadro descriptivo de los ítems de la población de los 82 participantes de la población general.

| Ítems Población General | 1. Estoy totalmente en desacuerdo | 2. No estoy de acuerdo | 3. Estoy de acuerdo | 4. Estoy totalmente de acuerdo |
|---|--|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 1. La mayoría de la gente aceptaría como amigo cercano a alguien que alguna vez tuvo una enfermedad mental severa. | 7.30% | 45.10% | 45.10% | 2.40% |
| 2. La mayoría de la gente piensa que alguien que ha estado ingresado en servicios psiquiátricos es tan inteligente como cualquier otra persona. | 6.10% | 47.60% | 36.60% | 9.80% |

| | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|
| 3. La mayoría de la gente piensa que alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental severa resulta tan confiable como cualquier otra persona. | 18.30% | 61.00% | 15.90% | 4.90% |
| 4. La mayoría de la gente aceptaría como maestra de niños en una escuela, a alguien que se ha recuperado completamente de una enfermedad mental severa. | 26.80% | 41.50% | 24.40% | 7.30% |
| 5. La mayoría de la gente piensa que ingresar en un servicio psiquiátrico representa un fracaso personal. | 19.50% | 43.90% | 29.30% | 7.30% |
| 6. La mayoría de la gente no contrataría para cuidar a sus hijos a alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental severa, aunque esta persona ya se encuentre recuperada. | 9.80% | 28.00% | 45.10% | 17.10% |
| 7. La mayoría de la gente hace menos a las personas que han estado en servicios psiquiátricos. | 8.50% | 29.30% | 51.20% | 11.00% |
| 8. En la mayoría de los trabajos contratarían a alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental, si está bien calificada para el puesto. | 14.60% | 41.50% | 37.80% | 6.10% |
| 9. La mayoría de los trabajos no considerarían la solicitud de empleo de alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental. | 9.80% | 35.40% | 46.30% | 8.50% |
| 10. La mayoría de la gente en mi comunidad trataría como a cualquier otra persona, a alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental. | 13.40% | 36.60% | 37.80% | 12.20% |
| 11. La mayoría de la gente joven no estaría dispuesta a salir en una cita con alguien que ha estado hospitalizado por un trastorno mental severo. | 11.00% | 46.30% | 34.10% | 8.50% |
| 12. La mayoría de la gente no tomaría con seriedad las opiniones de alguien, si saben que esa persona estuvo hospitalizada o en tratamiento psiquiátrico. | 9.80% | 35.40% | 43.90% | 11.00% |
| 13. La mayoría de la gente piensa que una mujer es más propensa a las enfermedades mentales | 20.70% | 41.50% | 26.80% | 11.00% |
| 14. La mayoría de la gente piensa que un enfermo mental tiende a ser violento. | 8.50% | 18.30% | 51.20% | 22.00% |
| 15. La mayoría de la gente siente miedo al estar frente a un enfermo mental. | 7.30% | 25.60% | 48.80% | 18.30% |
| 16. La mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental son débiles de carácter. | 9.80% | 34.10% | 40.20% | 15.90% |
| 17. La mayoría de los familiares de un enfermo mental se avergüenzan de él. | 13.40% | 50.00% | 30.50% | 6.10% |
| 18. La mayoría de las escuelas no aceptarían a una persona que ha estado hospitalizada por una enfermedad mental. | 23.20% | 45.10% | 26.80% | 4.90% |

| | | | | |
|---|--------|--------|--------|-------|
| 19. La mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental están pagando un castigo por algo que hicieron. | 39.00% | 32.90% | 19.50% | 8.50% |
|---|--------|--------|--------|-------|

En la tabla 12 se muestra el mismo método descriptivo de la tabla anterior, por lo tanto, en la tabla 12 se implementó el mismo instrumento de la muestra en los familiares como en la población general.

En el ítem 1, *la mayoría de la gente aceptaría como amigo cercano a alguien que alguna vez tuvo una enfermedad severa grave* se muestra con la misma frecuencia del 45.10% de los que sí están de acuerdo y con los que no están de acuerdo.

En el ítem 2, *la mayoría de la gente piensa que alguien ha estado ingresado en servicios psiquiátricos es tan inteligente como cualquier otra persona* tiene frecuencia del 47.60% con un no estoy de acuerdo.

En el ítem 3, *la mayoría de la gente piensa que alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental severa resulta tan confiable como cualquier otra* tiene una frecuencia en desaprobación/ no estar de acuerdo con un 61%.

En el ítem 4, *la mayoría de la gente aceptaría como maestra de niños en una escuela a alguien que se ha recuperado completamente de una enfermedad mental severa* de un 41.50% con un no estoy de acuerdo.

En el ítem 5, *la mayoría de la gente piensa que ingresar en un servicio psiquiátrico representa un fracaso personal* con una frecuencia del 43.90% de un no estoy de acuerdo.

En el ítem 6, *la mayoría de la gente no contrataría para cuidar a sus hijos a alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental severa, aunque esta persona ya se encuentre recuperada* con una frecuencia de un 45.10% con un estoy de acuerdo.

En el ítem 7, la mayoría de la gente hace menos a las personas que han estado en servicios psiquiátricos teniendo frecuencia del 51.20% con un estoy de acuerdo

En el ítem 8, *en la mayoría de los trabajos contratarían a alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental si está calificada para el puesto*, teniendo una frecuencia del 41.50% con un no estoy de acuerdo.

En el ítem 9, *la mayoría de los trabajos no considerarían la solicitud de empleo de alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental* con una frecuencia de un 46.30% de un estoy de acuerdo.

En el ítem 10, *la mayoría de la gente en mi comunidad trataría como a cualquier otra persona, a alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental* teniendo una frecuencia de 37.80% de un estoy de acuerdo.

En el ítem 11, *la mayoría de la gente joven no estaría dispuesta a salir en una cita con alguien que ha estado hospitalizado por un trastorno mental severo* teniendo una frecuencia de un 46.30% de un no estoy de acuerdo.

En el ítem 12, *la mayoría de la gente no tomaría con seriedad las opiniones de alguien, si saben que esa persona estuvo hospitalizada o en tratamiento psiquiátrico* teniendo una frecuencia del 43.90% sobre un estoy de acuerdo.

En el ítem 13, *la mayoría de la gente piensa que una mujer es más propensa a las enfermedades mentales* teniendo una frecuencia del 41.50% sobre no estoy de acuerdo.

En el ítem 14, *la mayoría de la gente piensa que un enfermo mental tiende a ser violento* de una frecuencia del 51.20% de un estoy de acuerdo.

En el ítem 15, *la mayoría de la gente siente miedo al estar frente a un enfermo mental* de una frecuencia del 48.80% de un estoy de acuerdo.

En el ítem 16, *la mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental son débiles de carácter* teniendo una frecuencia del 40.20% de un estoy de acuerdo.

En el ítem 17, *la mayoría de los familiares de un enfermo mental se avergüenzan de él*, con una frecuencia del 50% de un no estoy de acuerdo.

En el ítem 18, *la mayoría de las escuelas no aceptarían a una persona que ha estado hospitalizada por una enfermedad mental* tiene una frecuencia del 45.10% de un no estoy de acuerdo.

En el ítem 19, *la mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental están pagando por un castigo por algo que hicieron* se encuentra una frecuencia del 39% en un estoy totalmente en desacuerdo.

Nivel de estigma según el análisis estadístico de la muestra de la población que no haya convivido con personas con trastornos mentales

En el cuadro descriptivo de la tabla 12, se puede observar 7 ítems, de los cuales, tuvieron una frecuencia de mayor aceptación en los participantes/ población que no haya convivido con personas con trastornos mentales en 7 ítems (ítem 5, ítem 10, ítem 11, ítem 13, ítem 17, ítem 18 y ítem 19).

Tabla 13. Cuadro descriptivo de los ítems de la población de los 63 participantes del personal de atención.

| Ítems Personal de Atención | 1. Totalmente en desacuerdo | 2. Algo en desacuerdo | 3. Neutral | 4. Algo en acuerdo | 5. Totalmente en acuerdo |
|--|------------------------------------|------------------------------|-------------------|---------------------------|---------------------------------|
| 1. Una persona que se está recuperando de un problema de su salud mental puede cuidar sola a sus hijos/as. | 30.20% | 41.30% | 14.30% | 12.70% | 1.60% |

| | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| 2. Una persona que se está recuperando de un problema de su salud mental debe permanecer en un hogar de cuidado supervisado. | 4.80% | 12.70% | 25.40% | 19% | 38.10% |
| 3. Una persona recuperándose de un problema de salud mental puede vivir solo/a. | 33.30% | 25.40% | 25.40% | 12.70% | 3.20% |
| 4. Las personas con problemas de salud mental tienen el derecho de adoptar menores de edad. | 36.50% | 19% | 19% | 17.50% | 7.90% |
| 5. La disciplina en el hogar puede evitar la mayoría de los problemas de salud mental en los/las niños/as. | 25.40% | 25.40% | 17.50% | 19% | 12.70% |
| 6. Las personas con poca voluntad personal tienden a tener problemas de salud mental. | 34.40% | 17.50% | 31.70% | 9.50% | 6.30% |
| 7. Una persona con poca disciplina tendrá más probabilidades de tener un problema de salud mental. | 39.70% | 23.80% | 23.80% | 9.50% | 3.20% |
| 8. Las personas con problemas de salud mental tienden a ser más violentas que las demás. | 30.20% | 15.90% | 17.50% | 23.80% | 12.70% |
| 9. Me preocuparía que abrieran un hospital de salud mental cerca de mi hogar. | 79.40% | 3.20% | 12.70% | 3.20% | 1.60% |
| 10. Me sería difícil establecer relaciones de amistad con una persona que tiene un problema de salud mental. | 63.50% | 19% | 12.70% | 1.60% | 3.20% |
| 11. Para mí, ser ingresado/a un hospital de salud mental sería una señal de fracaso en mi vida. | 74.60% | 14.30% | 6.30% | 0.00% | 4.80% |
| 12. Sería difícil para mí que un vecino sepa que alguien de mi familia tiene un problema de salud mental. | 82.50% | 7.90% | 4.80% | 1.60% | 3.20% |

En la tabla 13 que se muestra arriba, presenta la frecuencia de la muestra del personal de atención que atiende en el Hospital Civil Libertad, implementándose un instrumento especializado para esa población.

En el ítem 1, *una persona que se está recuperando de un problema de su salud mental puede cuidar sola a sus hijos/as* tiene una frecuencia del 41.30% en algo en desacuerdo.

En el ítem 2, *una persona que se está recuperando de un problema de salud mental debe permanecer en un hogar de cuidado supervisado* tiene una frecuencia del 38.10% de un totalmente en acuerdo.

En el ítem 3, *una persona recuperándose de un problema de salud mental puede vivir solo/a* con una frecuencia del 33.30% de un totalmente en desacuerdo.

En el ítem 4, *las personas con problemas de salud mental tienen el derecho de adoptar menores de edad* teniendo una frecuencia del 36.50% de un totalmente en desacuerdo.

En el ítem 5, *la disciplina en el hogar puede evitar la mayoría de los problemas de salud mental en los/ las niños/as* teniendo una misma frecuencia del 25.40% en totalmente de acuerdo y algo en desacuerdo.

En el ítem 6, *las personas con poca voluntad personal tienden a tener problemas de salud mental* con una frecuencia de 34.40% de un totalmente en desacuerdo.

En el ítem 7, *una persona con poca disciplina tendrá más probabilidades de tener un problema de salud mental* sobre una frecuencia del 39.70% de un totalmente en desacuerdo.

En el ítem 8, *las personas con problemas de salud mental tienden a ser más violentas que las demás* sobre una frecuencia del 30.20% de un totalmente en desacuerdo.

En el ítem 9, *me preocuparía que abrieran un hospital de salud mental cerca de mi hogar* con una frecuencia bastante alta del 79.40% sobre un totalmente en desacuerdo.

En el ítem 10, *me sería difícil establecer relaciones de amistad con una persona que tiene un problema de salud mental* con una frecuencia del 63.50% sobre un totalmente en desacuerdo.

En el ítem 11, *para mí, ser ingresado/a a un hospital de salud mental sería una señal de fracaso en mi vida* teniendo una frecuencia alta del 74.60% de un totalmente en desacuerdo.

En el ítem 12, *sería difícil para mí que un vecino sepa que alguien de mi familia tiene un problema de salud mental* con una frecuencia muy alta del 82.50% sobre un totalmente en desacuerdo.

Nivel de estigma según el análisis estadístico de la muestra del personal de atención que trabaja con personas con trastornos mentales

En el cuadro descriptivo de la tabla 13, se puede observar 10 ítems de 12, de los cuales, tuvieron una frecuencia de mayor aceptación en los participantes/ personal de atención que trabaja con trastornos mentales en 10 ítems (ítem 1, ítem 2, ítem 5, ítem 6, ítem 7, ítem 8, ítem 9, ítem 10, ítem 11 e ítem 12).

Comparación de niveles de estigma entre las muestras de los familiares y población general que no tengan convivencia con personas con trastornos mentales

En las tablas 11 y 12, se puede observar que tiene mayor aceptación los participantes/ familiares que la muestra de la población general que no tiene convivencia con personas con trastornos mentales. Se puede concluir un nivel más de estigma en la población general que en los familiares de personas con trastornos mentales.

En el ítem 1, *la mayoría de la gente aceptaría como amigo cercano a alguien que alguna vez tuvo una enfermedad severa grave* con una frecuencia del 33.30% de los que sí están de acuerdo con esta afirmación en los familiares y 45.10% de un no estoy de acuerdo en la población que no tiene convivencia con personas con trastornos mentales, se observa más aceptación por parte de los familiares que en la población general.

En el ítem 2, *la mayoría de la gente piensa que alguien ha estado ingresado en servicios psiquiátricos es tan inteligente como cualquier otra persona* en los familiares con una frecuencia del 39.30% con la escala de sí están de acuerdo y en la población general del 47.60% con un no estoy de acuerdo; el nivel de estigma es más alto en el ítem 2 en la población general que en los familiares.

En el ítem 3, *la mayoría de la gente piensa que alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental severa resulta tan confiable como cualquier otra* tiene una frecuencia en desaprobación/ no estar de acuerdo con un 45.20% en los familiares y en la población general dentro de la misma frecuencia en desaprobación/ no estar de acuerdo con un 61%. Aun así, el porcentaje en la frecuencia de la población general es más alta que en la de los familiares.

En el ítem 4, *la mayoría de la gente aceptaría como maestra de niños en una escuela a alguien que se ha recuperado completamente de una enfermedad mental severa* con una desaprobación/ no estoy de acuerdo con un 34.10% en los familiares y na desaprobación/ no estoy de acuerdo del 41.50% en la población general que no tiene convivencia con personas con trastornos mentales; se puede observar que la frecuencia en el porcentaje de la población

es más alta que en la de los familiares, concluyendo que en este ítem el nivel de estigma es más alto en la población general.

En el ítem 5, *la mayoría de la gente piensa que ingresar en un servicio psiquiátrico representa un fracaso personal* con un no estoy de acuerdo del 40.70% de la muestra de familiares, mientras que en la población general también con un no estoy de acuerdo del 43.90%; teniendo una aprobación con una breve diferencia de frecuencias en ambas muestras.

En el ítem 6, *la mayoría de la gente no contrataría para cuidar a sus hijos a alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental severa, aunque esta persona ya se encuentre recuperada* con un estoy de acuerdo del 37.80% en los familiares y del 45.10% con un estoy de acuerdo en la población general, con una diferencia mayor en la población general en desaprobación y nivel de estigma.

En el ítem 7, *la mayoría de la gente hace menos a las personas que han estado en servicios psiquiátricos* teniendo un no estoy de acuerdo del 43.70% en los familiares, mientras tanto, en la población general tiene una frecuencia del 51.20% con un estoy de acuerdo; donde se observa un nivel más alto de estigma en la población general en el ítem 7 del instrumento.

En el ítem 8, *en la mayoría de los trabajos contratarían a alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental si está calificada para el puesto*, teniendo un no estoy de acuerdo de 37.80 en los familiares; por otro lado, la frecuencia en la población general es del 41.50% con un no estoy de acuerdo, teniendo una breve diferencia en el nivel de estigma que describe el ítem.

En el ítem 9, *la mayoría de los trabajos no considerarían la solicitud de empleo de alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental* una leve diferencia del 32.60% de los que sí están de acuerdo con esta afirmación y con un 31.90% con los que no están de acuerdo en los familiares de personas con trastornos mentales, mientras que, en la población general, se generó una frecuencia del 46.30% con un estoy de acuerdo, con un nivel más alto de estigma en esta muestra.

En el ítem 10, *la mayoría de la gente en mi comunidad trataría como a cualquier otra persona, a alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental* teniendo como aprobación/ estoy de acuerdo de un 41.50% en los familiares de personas con trastornos mentales; por otro lado, en la población general que no tiene convivencia con personas con trastornos mentales, tiene una frecuencia del 37.80% de un estoy de acuerdo, teniendo una mayor aprobación en familiares que en la población general.

En el ítem 11, *la mayoría de la gente joven no estaría dispuesta a salir en una cita con alguien que ha estado hospitalizado por un trastorno mental severo* teniendo un 38.50% en estoy de acuerdo de los familiares y en población general tiene una frecuencia del 46.30% de un no estoy de acuerdo, observándose mayor aceptación en familiares y un nivel de estigma más alto en este ítem en la población general.

En el ítem 12, *la mayoría de la gente no tomaría con seriedad las opiniones de alguien, si saben que esa persona estuvo hospitalizada o en tratamiento psiquiátrico* teniendo una breve diferencia de un 36.80% con un no estoy de acuerdo y de un 34.80% con un estoy de acuerdo en familiares de personas con trastornos mentales, por otro lado, se

presenta la frecuencia en la población general del 43.90% de un estoy de acuerdo, teniendo un nivel de estigma más alto en población general que en familiares dentro de este ítem.

En el ítem 13, *la mayoría de la gente piensa que una mujer es más propensa a las enfermedades mentales* teniendo un 40% sobre un no estoy de acuerdo en familiares y en población general se encuentra un 41.50% con un no estoy de acuerdo, ambas muestras con una leve diferencia en aprobación del ítem.

En el ítem 14, *la mayoría de la gente piensa que un enfermo mental tiende a ser violento* con un estoy de acuerdo con 39.30% en familiares y en población general del 51.20% con un estoy de acuerdo. Ambas muestras, teniendo un mismo acuerdo en el ítem, sin embargo, la frecuencia en el porcentaje es más alta en la población general.

En el ítem 15, *la mayoría de la gente siente miedo al estar frente a un enfermo mental* con un estoy de acuerdo con frecuencia de 43% en los familiares y en la población general de un 48.80% con un estoy de acuerdo. Ambas muestras con una leve diferencia y en el mismo acuerdo.

En el ítem 16, *la mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental son débiles de carácter* teniendo más frecuencia con un no estoy de acuerdo del 36.30% en familiares; mientras que en la población general tiene una frecuencia del 40.20% con un estoy de acuerdo; observándose un nivel de estigma en desaprobación en la población general más alta que en los familiares.

En el ítem 17, *la mayoría de los familiares de un enfermo mental se avergüenzan de él*, con una frecuencia del 36.30% de un no estoy de acuerdo en los familiares, mientras que

en la población general tiene una frecuencia del 50% con un no estoy de acuerdo. Ambas muestras, tienen un mismo acuerdo en el ítem, pero en la población general el porcentaje es más alto en los participantes en aprobación.

En el ítem 18, *la mayoría de las escuelas no aceptarían a una persona que ha estado hospitalizada por una enfermedad mental* tiene una frecuencia del 35.60% de un no estoy de acuerdo en familiares, mientras que en la población general se percibe una frecuencia del 45.10% de un no estoy de acuerdo. Ambas muestras, se perciben en el mismo acuerdo, sin embargo, los familiares tienen menos frecuencia de aceptación que la población general.

En el ítem 19, *la mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental están pagando por un castigo por algo que hicieron* se encuentra una frecuencia del 40% en un estoy totalmente en desacuerdo en los familiares; mientras en la población general se percibe una frecuencia del 39% con un estoy totalmente en desacuerdo. Con una breve diferencia en frecuencias en ambas muestras.

Por medio de este método descriptivo por análisis de frecuencias, se puede estimar que la muestra de la población general que no tiene convivencia con personas con trastornos mentales tiene un nivel más alto de estigma que los familiares de conviven de manera constante con personas con algún trastorno mental.

Pruebas de muestras independientes

A continuación, se presentan otros resultados de una de las muestras o poblaciones en donde se evaluaron el nivel de estigma de cada una, encontrándose correlaciones significativas dentro de los datos sociodemográficos.

Tabla 13. Cuadro de prueba T y correlaciones con significancia en población que no tienen convivencia con personas con trastornos mentales

| Población General | Participantes | Media | Significancia (bilateral) | Grados de Libertad (gl) | Desviación Estandar |
|--------------------------|---------------|---------|---------------------------|-------------------------|---------------------|
| No Conoce | 51 N | 47.2549 | 0.33 | 80 | 6.7 |
| Sí Conoce | 31 N | 44 | 0.32 | 65.76 | 6.4 |

Se puede apreciar en la tabla 13, los grados de significancia son de 0.3 y que los 51 participantes en la muestra de la población que no tiene convivencia con personas con trastornos mentales tienen una media de 47.2549, tienen un nivel más alto de estigma que los que participantes que sí conocen a personas con trastornos mentales teniendo una media de 44; con una desviación estándar de 6.7 los que no conocen a personas con trastornos mentales y de 6.4 en personas que sí conocen mas no conviven con personas con trastornos mentales.

Por otro lado, en las dos poblaciones evaluadas, como familiares y personal de atención no arrojaron ninguna significancia en la prueba t y las muestras independientes.

Capítulo IV. Discusión y conclusiones

Conforme a la función de los resultados y de la perspectiva teórica, cabe destacar que la evaluación de tres muestras de distintas categorías sistémicas, siendo estos, los grupos más próximos de las personas con trastornos mentales: familiares, personal de atención o profesionales de salud mental y población general contienen bastantes semejanzas en el nivel de estigma, confirmándose en distintas investigaciones que la falta de conocimiento del trastorno no es suficiente para destacarla como una causa principal de la estigmatización (Szajna et al., 2021).

Sin embargo, los resultados de este estudio presentan que las personas que tienen convivencia, por lo menos de 4 horas diarias con personas con algún trastorno mental, ya sea, también con afectación específica, grave y persistente, como pueden ser los familiares y/o cuidadores principales, incluso también, el personal de atención y de salud, tienen un menor nivel de estigma que las personas que no tienen ningún tipo de convivencia o que no conozcan a alguien con algún tipo de diagnóstico de afección mental.

Por lo tanto, la psicoeducación como método o estrategia es insuficiente y simultáneamente, es necesaria para iniciar un proceso de reducción del estigma, en la cual, se puede clasificar para ciertos grupos, como los familiares o cuidadores principales y población que no tenga convivencia con alguien que tiene un diagnóstico psiquiátrico. Aun así, la psicoeducación tiene efectos positivos a corto plazo para los familiares y/o cuidadores principales (Mascayano, Albeldaño & Escobar, 2015). Por lo tanto, como parte de las intervenciones psicoterapéuticas, es sugerible que vaya acompañado por otras fases, se

considera como parte necesaria la fase psicoeducativa, como también, las fases de enfoques, como cognitivos- conductuales, intervenciones comunitarias y se mencionan intervenciones dirigidas por familiares que redujeron de manera significativa el estigma familiar (Mascayano-Tapia et al., 2015).

Según el objetivo específico 1 *determinar el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales en familiares, personal y población general de Ciudad Juárez* y la primera hipótesis *el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales es moderado en las muestras de Ciudad Juárez*; el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales no resultó ser moderado en las muestras de Ciudad Juárez, debido a que no existieron diferencias significativas entre los grupos, de acuerdo con este estudio el estigma es generalizado, sin embargo, se realizaron otro tipo de análisis descriptivos y de pruebas entre variables independientes, como parte de una sección que complementa los resultados y respalda los objetivos e hipótesis generadas para encontrar en este estudio; presentaron que la población general que no tenía convivencia con personas con trastornos mentales y en familiares como los cuidadores principales se percibían como dos poblaciones con un nivel moderado/ alto.

La funcionalidad de este estudio es la evaluación local de la ciudad en estas tres muestras que conforman los entornos cercanos, donde hay un Proceso de estigmatización que padecen personas con algún trastorno mental y sus comorbilidades, conlleva al estigma público clasificar prejuicios, etiquetados y discriminación, dando como resultado un deterioro y desvalorización hacia el grupo estigmatizado (Lagunés-Córdoba et al, 2022; Badallo, 2018).

En los familiares de Ciudad Juárez, se conformó en su mayoría por cuidadores de edad avanzada y con un alto riesgo de sintomatología médicas e incluso psiquiátricas, aunado a factores de riesgo, en la cual, la peligrosidad se sumaba a un riesgo importante, ya que, en propias palabras de algunos familiares persistía la agresividad como parte de la sintomatología de su familiar, en estos casos, como el paciente identificado era difícil ser controlada por ellos, sobretodo, en trastornos como la esquizofrenia, abuso de sustancias o patología dual. La exclusión social por parte de los familiares se convertía en una especie de mecanismo como objetivo de que los factores de riesgo disminuyeran. Posteriormente, los familiares mencionaban que ya no esperaban a que hubiera indicios de sintomatología positiva, sino que observaran en su familiar indicios depresivos, aislamiento y dudas si estaba tomando el medicamento. Mencionando también que era debido a la psicoeducación impartida por los especialistas y personal de atención y salud mental.

Martínez y colaboradores (2022) refieren que la poca disponibilidad de los profesionales de la salud y personal de atención hace persistentes los estereotipos de peligrosidad, violencia y de ser holgazanes había las personas con diagnósticos psiquiátricos (Martínez- Martínez et al., 2022). Sin embargo, es muy importante tomar en cuenta que la brecha asistencial o de ayuda en salud mental es muy amplia, el personal de atención y de más profesionales de salud (Loubat et al., 2017). El personal de atención tiene horarios prolongados, ya que, existen pocas políticas de trabajo adecuadas, perpetuando cansancio, fatiga, sintomatología relacionada con ansiedad y depresión. En Ciudad Juárez, el modelo más utilizado es el bio- médico, aunado que existen normas y propuestas para una asistencia más multidisciplinaria, con este tipo de investigaciones podría existir más modelos que

respalden una asistencia más adecuada en salud mental, lo cual, reduciría de manera notable la estigmatización hacia las personas con trastornos mentales.

Lo cual permite que la segunda hipótesis *existe diferencias en el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales entre familiares y personal de atención que labora con ellas* no fue confirmada con el análisis de la prueba de normalidad y prueba de Kolmogorov debido a que arrojó resultados en donde no existen diferencias en el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales entre familiares y personal de atención que labora con ellas.

Ni tampoco existieron diferencias en el nivel de estigma entre familiares y población general de acuerdo con lo esperado con la cuarta hipótesis. Se confirma que el proceso de estigmatización por parte del estigma público y familiar es una *Carrera moral* (Goffman, 2007, citado en Badallo-Carbajosa, 2011) que define al estigma no solo como un sistema de creencias negativo y desvalorizado, sino también, como una *dinámica estigmatizante* que deteriora la identidad de personas con trastornos mentales.

En el personal de atención de Ciudad Juárez en una de las instituciones de atención a trastornos psiquiátricos de tercer nivel más importantes de la ciudad, se encontró una gran disposición en dar apertura a una evaluación del nivel estigma hacia las personas con las cuales, trabajan día a día, siendo una respuesta óptima para poder establecer pautas futuras en la reducción del estigma institucionalizado, y por ende, reducir actitudes estigmatizantes como el paternalismo y autoritarismo que conforman una brecha en el tratamiento multidisciplinario entre paciente y servicios de salud mental mucho más adecuados. Si bien, el personal de atención de Ciudad Juárez no mostró resultados con un alto nivel de estigma

como en otros estudios de distintos países, se puede inferir que se necesitan mejores estrategias para la disminución del estigma institucional y estructural en la ciudad. El modelo de salud mental en Ciudad Juárez compone lo que es el *Tratamiento moral* de Pinel y Esquirol basado en un tratamiento más humanizado para el paciente psiquiátrico (Hsin Yang, et al., 2007).

Existen diferencias en el nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales entre personal de atención y población general de Ciudad Juárez. Por lo tanto, en la población adulta que no convive con personas con trastornos mentales de Ciudad Juárez, se encontró el mismo nivel de estigma de las muestras anteriores que suponen un mayor conocimiento sobre el trastorno mental severo y persistente, señalando algunas menciones de estos participantes sobre la categorización de los distintos tipos de trastornos mentales, como que la esquizofrenia y/o trastorno por abuso de sustancias tiene menor aceptación que los trastornos por depresión y ansiedad.

Desde de la perspectiva práctica y metodológica, la evaluación del nivel de estigma de estas tres muestras corresponde a una identificación propia y estandarizada para poder realizar y fomentar programa de estrategias más específicas para que la reducción y disminución del estigma sean adecuadas para la población juarense. Si bien, las hipótesis fueron confrontadas por los resultados obtenidos, se tiene un indicio del cual conocer el nivel de estigma de la población juarense hacia personas con trastornos mentales y la lucha contra esta problemática y también un modelo de estigma específico para dicha población.

Conclusiones

Si se adquiere una muestra más extensa en los grupos participantes sistémicos, se puede recomendar un modelo de estigma específico de la ciudad, para realizar y promover estrategias psicosociales y comunitarias para la reducción y disminución del estigma, como también, fomentar nuevas políticas de servicio asistencial para personas con trastornos mentales y sus entornos más próximos.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones de este estudio para generalizar los resultados sería el tamaño de la muestra, así como, la variabilidad cultural y social, estos contextos tienen gran influencia en la forma de experimentar y conceptualizar el estigma, lo que puede dificultar la comparación entre diferentes poblaciones. Otra posible limitación sería la falta de datos longitudinales por lo que dificulta establecer relaciones causales y evaluar los cambios en el tiempo, así como la recolección de datos cualitativos ya que existen variables no controladas como las experiencias personales que pueden influir en la forma en que se percibe el estigma hacia la enfermedad mental. Se sugiere tomar en cuenta estos aspectos para futuras investigaciones en el tema.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Morata.
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Badallo-Carbajosa, A. (2011). *Modelo Jara: una estrategia para la lucha contra el estigma asociado al trastorno mental severo y persistente desde los recursos de Rehabilitación Psicosocial*. [Tesis de doctorado]. Universidad Complutense de Madrid.
- Badallo-Carbajosa, A., Ballesteros-Pérez, F., Bertina, A., Cerezo-Quintana, Y., Magro-Sanchez, MB., & Polvorinos-Galán, S. (2018). La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana. *Revista clínica contemporánea*, 9, 1-15.
- Bamgbose-Pederson, A., Fokuo, J., Thornicroft, G., Bamgbose, O., Ogunnubi, O. P., Ongusola, K., & Oshodi, Y. O. (2022). Perspectives of university health care students on mental health stigma in Nigeria: Qualitative analysis. *Journal of Transcultural Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/13634615211055007>
- Carrington, P., & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *Official Journal of the World Psychiatry*, 1(1), 16-20. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/translate.google/translate/g?hl=en&sl=en&tl=es&pt=es&_x_tr_pto=op,sc
- Chacón-Delgado, E., De la Cera, DX., Fernández-Lara, M., & Murillo-Arias, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*. 35(1), 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Chang, P, N., Ribot, R. V. C., & Pérez F, V. (2018). Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. *Revista habanera de ciencias médicas*, 17(5), 705-719.

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500705&lng=es&tlng=es.
- Choe, C., Baldwin, M.L., & Song, H.A. (2020). Hierarchy of Stigma Associated with Mental Disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 23(2). 43-54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32621724/>
- Confederación Salud Mental España. (2011). *Preguntas frecuentes sobre el trastorno mental grave*. <https://consaludmental.org/publicaciones/PreguntasFrecuentesSobreElTrastornoMentalGrave.pdf>
- Consejería de Educación y Juventud (2020). *Datos y cifras de la Educación*. Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/servicios/educacion>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.7.614>
- Corrigan, P., Backs, E. A., Green, A., Lickey, D. S., & Penn, D. (2001). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219-225. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006868>
- Creswell, JW. (2014). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. SAGE.
- Dattani, S., Ritchie, H., & Roser, M. (2021). *Mental Health*. Published online at OurWorldInData.org. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Díaz, O. (2015). Estigma internalizado en el trastorno mental grave: predictores cognitivos de la eficacia de un programa de intervención. [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio Institucional de la UCM.
- Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Medina-Mora, ME., Berenzon-Gorn, S., Robles-García, R., & Madrigal-de León, EA. (2020). Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con enfermedades mentales graves. *Salud Pública de México*, 62. 72-79. <https://doi.org/10.21149/10323>
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. En T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Eds.). *The social psychology of stigma*, 1-30. Guilford Press.
- Esguerra, I. V. (1996). Actitudes hacia la enfermedad mental. *Avances en enfermería*, 14(1), 63-74.

- Gaceta Médica (10 de octubre de 2019). *Un estudio analiza el estigma hacia la enfermedad mental grave*. <https://gacetamedica.com/politica/un-estudio-analiza-el-estigma-hacia-la-enfermedad-mental-grave-ey2265723/>
- Galaz-Valderrama, C. (2008). *Las relaciones de cooperación y exclusión entre personas con referentes diversos. Un estudio socioeducativo sobre la alteridad*. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Gil-Rodríguez, F., & Alcover de Hera, C. M. (2005). *Introducción a la psicología de los grupos*. Ediciones pirámide.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. (1ª Ed). Amorrort.
- González-Pablos, E., & Martín-Lorenzo, C. (2021). Estigma y esquizofrenia. *Revista Informaciones psiquiátricas*, 243, 65-75, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7976194>
- González-Valles, MN., Castro-Valles, A., & Vidaña-Gaytán, ME. (2019). *Indicadores de depresión, ansiedad e ideación suicida en la población de Ciudad Juárez, México*. [Reporte Técnico de proyecto de investigación] 1-25. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- González-Zapico, N. (27 de abril de 2021). *Salud Mental España exige a los medios que rectifiquen el tratamiento de las informaciones que presuponen la esquizofrenia como causa del caso de Reyes Maroto*. Confederación Salud Mental España. <https://consaludmental.org/sala-prensa/medios-rectifiquen-esquizofrenia-reyes-maroto/>
- Grandón, P., Vielma- Aguilera, A., Bustos, C., Castro- Alzate, E., & Saldivia, S. (2017). Evaluación del estigma hacia personas con diagnóstico de esquizofrenia mediante una escala de conocimiento. *Revista colombiana de psiquiatría*, 47(2), 72-81. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.009>
- Herrera Rodríguez, J.I. (2018). Las prácticas investigativas contemporáneas. Los retos de sus nuevos planteamientos epistemológicos. *Revista Científic*. 3(7), 6-15. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2018.3.7.0.6-15>
- Hsin Yang, L., Kleinman, A., Link, BG., Phelan, JC., Lee, S., & Good, B. (2007). Cultura y estigma: la experiencia moral. *Revista Este País*, 195, 4-15.

- <https://archivo.estepais.com/site/2009/cultura-y-estigma-la-experiencia-moral/>
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Instituto Nacional de Estadística (2021). *Población por municipios*. Comunidad de Madrid.
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). *Presenta INEGI resultados de la primera encuesta nacional de bienestar autor reportado (ENBIARE) 2021*. [Comunicado de prensa]. <https://www.inegi.org.mx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022). *Encuesta Nacional de Seguridad Pública ENSU*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ensu/>
- Instituto Nacional de Salud Pública (21 de septiembre de 2020). *Hablemos de demencia*. <https://www.insp.mx/avisos/hablemos-de-demencia>
- Kazdin, E. A. (2018). Innovations in psychosocial intervention and their delivery: Leveraging cutting-edge science to improve the world's mental health.
- Lagunés-Córdoba, E., Alcalá-Lozano, R., Lagunes-Córdoba, R., Fresan-Orellana, A., Jarret, M., González-Olvera, J., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2022). Evaluation of an anti-stigma intervention for Mexican psychiatric trainees. *Journal of Pilot of Feasibility Studies*, 8(5), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00958-1>.
- Link, B., Yang, L., Phelan, Jo., & Collins, P. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>
- Longdon, E., & Read, J. (2017). People with Problems, Not Patients with Illnesses: Using Psychosocial Frameworks to Reduce the Stigma of Psychosis. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 54(1), 24-28. <https://www.psyciencia.com/las-explicaciones-biologicas-incrementan-el-estigma-para-aquellos-que-sufren-de-psicosis/>
- López, M., Laviana, M., Fernandez, L., López, A., Rodriguez, AM., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(101), 43-83. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004

- Loubat, M., Lobos, R., & Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12(39), 15-25, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83652501002>
- Lucero, F. (24 de junio de 2021). *Urgente atender pensamientos suicidas en Ciudad Juárez: Informe. Yo ciudadano.* <https://yociudadano.com.mx/noticias/urgente-atender-pensamientos-suicidas-en-la-ciudad-informe/>
- Martínez-Castillo, A. A., & Rosas-Santiago, F. J. (2021). El estigma hacia los pacientes psiquiátricos: una revisión bibliográfica. *Revista alternativas en psicología*, 47, 8-21. <https://www.alternativas.me/37-numero-47-agosto-2021-enero-2022/263-el-estigma-hacia-los-pacientes-psiquiatricos-una-revision-bibliografica>
- Martínez-Martínez, C., Esteve-Claramunt, F., Prieto-Callejero, B., & Ramos-Pichardo, J. (2022). Stigma towards Mental Disorders among Nursing Students and
- Mascayano, F., Abeldaño, R. A., & Escobar, E. (2015). Programas para reducir estigma hacia la enfermedad mental: lecciones para Latinoamérica. *ResearchGate*. 257-285. <https://www.researchgate.net/publication/286927598>
- Mascayano-Tapia, F., Lips-Castro, W., Mena-Poblete, C., & Manchego-Sosa, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Revista de Salud Mental*, 38(1), 53-58. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008&lng=es&tlng=es)
- Morales-Chainé, S., Martínez-Ruiz, M.J., Nieto, J., & Lira-Mandujano, J. (2017). Crianza positiva y negativa asociada a los problemas severos de conducta infantil. *Journal Health and Addictions*. 17(2), 137-149. <http://dx.doi.org/10.21134/haaj.v17i2.313>
- Mora-Ríos, J., Bautista-Aguilar, N., Natera, G., & Pedersen, D. (2013). Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Revista de salud mental*, 36(1), 9-18. <https://doi:10.17711/SM.0185-3325.2013.002>
- Navarro, N., & Trigueros, R. (2021). Generación de estigma hacia la esquizofrenia en estudiantes universitarios desde la teoría del marco relacional: una réplica

- experimental. *Revista Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 29(1), 73-93
<https://doi.org/10.51668/bp.8321104s>
- Organización Mundial de la Salud (1 de junio de 2021a). *Autismo. Datos y cifras*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Organización Mundial de la Salud (13 de septiembre de 2021b). *Depresión. Datos y cifras*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (2 de marzo de 2022a). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*.
<https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Organización Mundial de la Salud (21 de enero de 2022b). *Esquizofrenia. Datos y cifras*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Organización Mundial de la Salud (21 de septiembre de 2020). *Demencia. Datos y cifras*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organización Mundial de la Salud (28 de noviembre de 2019). OMS.
- Pérez-Álvarez, C., Bosqued-Molina, L., Nebot-Macías, M., Guilabert-Vidal, M., Pérez-Zaera, J., & Quintanilla-López, MA. (2015). Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa? *Revista asociada española neuropsiquiatría*, 35(128). 721-730.
<https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000400002>
- Perish, T., Mitchell, P. B., & Vilus, B. (2022). Stigma in bipolar disorder: A current review of the literatura. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1-5.
<https://doi.org/10.1177/00048674221080708>
- Professionals: A Bibliometric Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. (19) 2-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031839>
- Ramírez-Vargas, X., Arias-Leal, ML., & Madrigal-Zamora, S. (2020). Actualización del trastorno afectivo bipolar. *Revista médica sinergia*. 5(9).
<https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.572>
- Ran, M. S., Peng, M.M., Yau, Y. Y., Zhang, T. M., Li, X. H., Wong, I. Y. L., Ng, S., Thornicroft, G., Chan, CL. W., & Lu, L. (2021). Knowledge, contact and stigma of mental illness: Comparing three stakeholder groups in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 1-11. <https://doi.org/10.1177/0020764021997479>

- Red de Organizaciones dedicadas a la Atención de Trastornos Mentales y Adicciones. [ROTMENAS]. (2021). *Panorama 2021 de Salud Mental en Ciudad Juárez*. [Infografía].
- Ricoy, L. C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Revista Centro de Educación*, 31(1), 11-22. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=117117257002>
- Rodríguez-Rata, A. (17 de enero 2022). *Madrid es la gran aspiradora de la migración entre comunidades*. *La vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/vida/20220117/7972847/madrid-aspiradora-migracion-interior-comunidades.html>
- Santiago-Quijada, G. (2011). *Políticas federales e intervención empresarial en la configuración urbana de Ciudad Juárez, 1940-1992* [Tesis de doctorado en historia, Colegio de Michoacán, A.C. Centro de estudios históricos]. Repositorio COLMICH. <http://colmich.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1016/326>
- Savignano, AP. (2011). Sobre las relaciones intersubjetivas: la búsqueda de lo absoluto y el anhelo de esclavitud en Sartre y Bataille. *Revista Jornadas de Investigación en Filosofía*. 1-9, <http://jornadasfilo.fahce.unlp.edu.ar/viii-jornadas-2011>
- Sociedad Mexicana de Psicología A.C. (2009). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Szajna, A., Udapi, G., Nandagon, V., Sogalad, M., Kamat, A., Khande, A., Patil, S., Shanbhog, S., Patil, M., Williams, K., Kelly, P., & Raddi, S. (2021). Exploring the convergence of knowledge, attitudes, and practice towards mental illness among nurses in South India: A cross-sectional analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 62, (2021). <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102696>
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225–240. <https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>
- Teruel-Belismelis, G., Gaitan-Rossi, P., Leyva-Parra, G., & Pérez-Hernández, V. G. (2021). *Depresión en México en tiempos de pandemia*. *Revista sobre los procesos demográficos en México hoy*. 20. <http://coyunturademografica.somede.org/depresion-en-mexico-en-tiempos-de-pandemia/>

- Tetteh-Commey, I., Ninnoni, JPK., & Asamoah-Ampofo, E. (2022). Coping with personal care and stigma: Experiences of persons living with schizophrenia. *Journal of Research of Square*, 1-18. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1305658/v1v>
- Valenzuela, A. (25 de febrero, 2020). *Depresión, ansiedad e ideas suicidas detectan a estudiantes de la UACJ*. El Heraldo de Juárez. <https://www.elheraldodejuarez.com.mx/local/depresion-ansiedad-e-ideas-suicidas-detectan-a-estudiantes-de-la-uacj-noticias-de-ciudad-juarez-4887237.html>
- Varas-Díaz, N., Rivera-Segarra, E., Santos-Figueroa, A., Polanco-Frontera., Rivera Díaz, M., Cajigas-Vargas, I., Rosario- Hernández, E., & Lugo Candelas, C. (2012). Desarrollo de una Escala para Medir el Estigma Relacionado a Problemas de Salud Mental en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23. 107-118. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233228917008>
- Xanthopoulou, PD., Mbanu, J., Chevalier, A., Webber, M., & Giacco, D. (2022). Social Isolation and Psychosis: Perspectives from People with Psychosis, Family Caregivers and Mental Health Professionals. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-00941-x>

Anexos

Anexo 1. Dictamen Comité de ética y permisos institucionales

| | |
|--|--|
|  UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ |  Comité de Ética en la Investigación |
|--|--|

Resolución CEI-2022-1-616

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 20 de mayo de 2022

Laura Celina Pérez Silva
Dra. Bertha Musi Lechuga
Presente.

El Comité de Ética en la Investigación (CEI), después de recibir las recomendaciones atendidas del protocolo de investigación CEI-2022-1-25, denominado "Estigma hacia la esquizofrenia: Dinámica estigmatizante en familiares, personal de salud y población de Ciudad Juárez", resolvió:

Dictamen favorable

Atender las siguientes recomendaciones para mejorar su proyecto, no es necesario reenviar al CEI.

1. La carta consentimiento es un formato genérico, es necesario modificar quitando lo que no es útil. Se sugiere que en la carta de consentimiento se especifique el nombre del instrumento, no dejar solamente como escala, ya que es posible que el lector no especializado no reconozca el término. Dice: El estudio presenta los siguientes beneficios: contribuir a disminuir el estigma hacia la esquizofrenia, conocer que los derechos humanos nos acontecen a toda la sociedad. Por lo tanto, no se genera ningún costo para los participantes.
2. El cronograma inicia en mayo 2022 para la recolección de muestras, tal vez se requiere recorrer las fechas.

Atentamente
"Por una vida científica
Por una ciencia vital"

| | |
|--|--|
|  Dra. Gwendolyne Peraza Mercado Presidente del Comité de Ética en la Investigación |  Dra. Fany Thelma Solís Rodríguez Secretaria del Comité de Ética en la Investigación |
|--|--|

c.c.p. Archivo.

Anexo 2. Consentimiento informado para familiares

Carta de consentimiento informado dirigido a familiares de personas con trastornos mentales

A través de este consentimiento se manifiesta que:

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación **“Evaluación del nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales en muestras de Ciudad Juárez”** que tiene como objetivo **de analizar y comparar el estigma que tienen las poblaciones juarenses, siendo estos: familiares de personas de 18 a 60 años que tengan algún trastorno mental, como depresión, psicosis, bipolaridad, entre otras condiciones y diagnósticos.**

Su participación consiste en **responder el instrumento o cuestionario “Escala de Devaluación y Discriminación Percibidas DDS” que evalúa actitudes hacia personas con trastornos mentales. Usted mismo podrá contestar y tendrá el apoyo disponible por parte de las personas encargadas del estudio. Su participación es libre, confidencial y anónima. Usted puede participar teniendo 18 años de edad o más y ser familiar de alguien con algún trastorno mental mencionada en el párrafo anterior.**

En este proyecto no se presentará ningún riesgo, sin embargo, si se llegara a presentar una situación de riesgo, el participante tiene el derecho de informarlo y se tomará los debidos cuidados físicos, emocionales y/o morales para el bienestar del participante.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte mi relación con **la institución académica y/o laboral**. Se me ha garantizado que todos mis datos son confidenciales y privados, que la información que proporcione es con fines de investigación. En caso de publicación se mantiene a los participantes en el anonimato. Los resultados deben ser presentados a los participantes y el participante tiene derecho solicitar la destrucción o el anonimato de registros o partes de registros que pudieran considerarse particularmente delicados, como fotografías, cintas de video o de audio, en cuanto a la ley de Transparencia y protección de datos personales de sujetos obligados.

Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Nombre, firma y/o huella digital del/la participante o responsable legal

Anexo 3. Consentimiento informado para personal de atención

Carta de consentimiento informado dirigido para el personal de atención

A través de este consentimiento se manifiesta que:

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación **“Evaluación del nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales en muestras de Ciudad Juárez”** que tiene como objetivo **de analizar y comparar el grado o nivel de estigma que tienen las poblaciones juarenses, siendo el personal de atención que labore (psiquiatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, paramédicos, voluntarios, entre otros) con personas que tengan alguna enfermedad mental grave, como depresión, psicosis, bipolaridad y entre otras condiciones**

Su participación consiste en **responder el instrumento o cuestionario “Escala sobre Estigma Relacionado a Problemas de Salud Mental para Profesionales de la Salud”**. Donde usted mismo podrá contestar y tendrá el apoyo disponible por parte de personas encargadas del estudio. Su participación es libre, confidencial y anónima.

En este proyecto no se presentará ningún riesgo, sin embargo, si se llegara a presentar una situación de riesgo, el participante tiene el derecho de informarlo y se tomará los debidos cuidados físicos, emocionales y/o morales para el bienestar del participante.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte mi relación con **la institución académica y/o laboral**. Se me ha garantizado que todos mis datos son confidenciales y privados, que la información que proporcione es con fines de investigación. En caso de publicación se mantiene a los participantes en el anonimato. Los resultados deben ser presentados a los participantes y el participante tiene derecho solicitar la destrucción o el anonimato de registros o partes de registros que pudieran considerarse particularmente delicados, como fotografías, cintas de video o de audio, en cuanto a la ley de Transparencia y protección de datos personales de sujetos obligados.

Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Nombre, firma y/o huella digital del/la participante o responsable legal

Anexo 4. Consentimiento informado para población general

Carta de consentimiento informado dirigido hacia población general

A través de este consentimiento se manifiesta que:

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación **“Evaluación del nivel de estigma hacia personas con trastornos mentales en muestras de Ciudad Juárez”** que tiene como objetivo **de analizar y comparar el grado o nivel de estigma que tienen las poblaciones juarenses, siendo personas de 18 a 60 años que no tenga convivencia con personas con alguna enfermedad mental grave, como depresión, psicosis, bipolaridad y entre otras condiciones.**

Su participación consiste en **responder el instrumento o cuestionario “Escala de Devaluación y Discriminación Percibidas DDS” que evalúa actitudes hacia personas con trastornos mentales. Usted mismo podrá contestar y tendrá el apoyo disponible por parte de las personas encargadas del estudio. Su participación es libre, confidencial y anónima. Usted puede participar teniendo 18 años de edad o más y no tener contacto o convivencia de alguien con alguna enfermedad mental mencionada en el párrafo anterior.**

En este proyecto no se presentará ningún riesgo, sin embargo, si se llegara a presentar una situación de riesgo, el participante tiene el derecho de informarlo y se tomará los debidos cuidados físicos, emocionales y/o morales para el bienestar del participante.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte mi relación con **la institución académica y/o laboral**. Se me ha garantizado que todos mis datos son confidenciales y privados, que la información que proporcione es con fines de investigación. En caso de publicación se mantiene a los participantes en el anonimato. Los resultados deben ser presentados a los participantes y el participante tiene derecho solicitar la destrucción o el anonimato de registros o partes de registros que pudieran considerarse particularmente delicados, como fotografías, cintas de video o de audio, en cuanto a la ley de Transparencia y protección de datos personales de sujetos obligados Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Nombre, firma y/o huella digital del/la participante o responsable legal

Anexo 5. Instrumentos de investigación

1- Escala de Devaluación y Discriminación (DDS). Familiares y población general

Escala de Devaluación y Discriminación Percibidas (DDS) (Familiares y población general)

En esta ocasión nos interesa conocer la opinión que se tiene respecto a la enfermedad mental y a las personas que la padecen. No buscamos respuestas correctas o incorrectas, la información que nos proporcione es confidencial, es decir que no anotamos su nombre y ninguna persona puede identificar sus respuestas. Le invitamos a responder todas las preguntas que se le plantean. De acuerdo a lo que usted ha podido ver y escuchar, indique cuál de las siguientes opciones de respuesta se acerca más a lo que la mayoría de las personas piensan acerca de la enfermedad mental, no a su opinión personal.

Responda a partir de las siguientes opciones:

Estoy totalmente en desacuerdo (1)

No estoy de acuerdo (2)

Si estoy de acuerdo (3)

Estoy totalmente de acuerdo (4)

| | Estoy Totalmente en Desacuerdo | No estoy de Acuerdo | Estoy de Acuerdo | Estoy Totalmente de Acuerdo |
|---|---|------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| 1. La mayoría de la gente aceptaría como amigo cercano a alguien que alguna vez tuvo una enfermedad mental severa. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. La mayoría de la gente piensa que alguien que ha estado ingresado en servicios psiquiátricos es tan inteligente como cualquier otra persona. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. La mayoría de la gente piensa que alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental severa resulta tan confiable como cualquier otra persona. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. La mayoría de la gente aceptaría como maestra de niños en una escuela, a alguien que se ha recuperado completamente de una enfermedad mental severa. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. La mayoría de la gente piensa que ingresar en un servicio psiquiátrico representa un fracaso personal. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. La mayoría de la gente no contrataría para cuidar a sus hijos a alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental severa, aunque esta persona ya se encuentre recuperada. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. La mayoría de la gente hace menos a las personas que han estado en servicios psiquiátricos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. En la mayoría de los trabajos contratarían a alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental, si está bien calificada para el puesto. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. La mayoría de los trabajos no considerarían la solicitud de empleo de alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 10. La mayoría de la gente en mi comunidad trataría como a cualquier otra persona, a alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. La mayoría de la gente joven no estaría dispuesta a salir en una cita con alguien que ha estado hospitalizado por un trastorno mental severo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. La mayoría de la gente no tomaría con seriedad las opiniones de alguien, si saben que esa persona estuvo hospitalizada o en tratamiento psiquiátrico. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. La mayoría de la gente piensa que una mujer es más propensa a las enfermedades mentales | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. La mayoría de la gente piensa que un enfermo mental tiende a ser violento | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. La mayoría de la gente siente miedo al estar frente a un enfermo mental | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. La mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental son débiles de carácter | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. La mayoría de los familiares de un enfermo mental se avergüenzan de él | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. La mayoría de las escuelas no aceptarían a una persona que ha estado hospitalizada por una enfermedad mental | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. La mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental están pagando un castigo por algo que hicieron | 1 | 2 | 3 | 4 |

Estoy totalmente en desacuerdo (1)
 No estoy de acuerdo (2)
 Sí estoy de acuerdo (3)
 Estoy totalmente de acuerdo (4)

2- Escala sobre Estigma Relacionado a Problemas de Salud Mental para Profesionales de la Salud

Escala sobre Estigma Relacionado a Problemas de Salud Mental para Profesionales de la Salud

Autores: Nelson Varas-Díaz, Axel Santos-Figueroa, Norka Polanco- Frontera, Isabel Cajigas-Vargas, Marinilda Rivera Díaz, Claudia I. Lugo Candelas, Ernesto Rosario-Hernández & Eliut Rivera-Segarra

INSTRUCCIONES:

Lea con detenimiento cada una de las siguientes aseveraciones e indique cuán de acuerdo está usted con las mismas. Marque sus respuestas circulando en el número que aproximadamente refleja cuánto está usted de acuerdo con el contenido de las aseveraciones en el continuo numérico que se provee al lado derecho de cada aseveración. Trate de contestar todas las aseveraciones sin omitir ninguna y sin repasar sus respuestas. Recuerde que **no** hay contestaciones correctas o incorrectas; por lo tanto, conteste honestamente cada aseveración. Conteste de acuerdo al siguiente continuo numérico:

| | Totalmente en Desacuerdo 1 | Algo en Desacuerdo 2 | Neutral 3 | Algo en Acuerdo 4 | Totalmente en Acuerdo 5 | | |
|------|----------------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|-------------------------------|---|---|
| Ítem | Aseveración | | | | | | |
| 1 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |