



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

Universidad del Azuay
Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas
Carrera de Comunicación Social

“Propuesta de campaña comunicacional para sensibilizar a jóvenes de la ciudad de Cuenca sobre la importancia de pedir ayuda psicológica”

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
Licenciados en Comunicación Social**

Autoras:

Estefany Cueva; Cristina Fernández de Córdova

Directora:

Cecilia Ugalde Sánchez, PhD

Cuenca - Ecuador

2022

DEDICATORIA

A mi mamá Cris, por enseñarme el poder de la ternura, la
constancia y la valentía.
Si hoy estoy aquí, es gracias a ella.

A mis abuelas, por sostenerme con su amor en todos los
procesos de mi vida.

A Pablo y May, por ser tan genuinos y mostrarme lo
increíble que es poder ser uno mismo.
Cristina Fernández de Córdova

A mis padres, quienes formaron todo lo que soy como
persona, mis principios, mis valores, mi perseverancia y
mi constancia.

A mis hermanos, especialmente a mi hermana Gabriela,
quien siempre estuvo a mi lado cuando más la necesité.
Estefany Cueva

AGRADECIMIENTO

A nuestra tutora Ceci, por su guía, alegría y paciencia (especialmente con los *et al*). Gracias por ayudarnos a apasionarnos por esta carrera y contagiarnos de esa energía tan positiva.

A Tefy, por todas esas horas juntas, a veces escribiendo, a veces compartiendo instantes de la vida. Eres increíble.

A la belleza que tiene ser vulnerable con otros porque nos permitió hablar de nuestra salud mental e interesarnos por la de los demás.

A mi compañera Cris, todo esto empezó gracias a ti y estoy inmensamente feliz de terminar esta tesis contigo.

RESUMEN

Esta investigación propone una campaña de comunicación persuasiva que sensibilice sobre el cuidado de la salud mental en Cuenca. Para hacerlo, se utilizó una metodología mixta con alcance causal; que incluyó 12 entrevistas semi estructuradas a expertos en el área, y la aplicación de una encuesta online a 410 personas entre 18 a 35 años, con el fin de analizar la relación entre autoeficacia, estigmas, intención de pedir ayuda, y preferencias mediáticas. Se concluyó que nuestro público tiene buena autoeficacia, intención de pedir ayuda y bajos estigmas, además, el género resultó ser un factor influyente en el estigma externo y la intención de pedir ayuda. La campaña se implementaría en redes sociales, por ser el canal preferido de la audiencia y se usarán testimonios, *sympathetic narratives*, uso de líderes de opinión, entre otros elementos de la estrategia de comunicación persuasiva.

Palabras Clave: autoeficacia, comunicación persuasiva, psicología, estigma, salud mental, campaña comunicacional.

ABSTRACT

This research proposes a persuasive communication campaign to raise awareness about mental health care in Cuenca, Ecuador. To do so, we used a mixed methodology with a causal scope, which included 12 semi-structured interviews with experts in the area, and the application of an online survey to 410 participants between 18 and 35 of age to analyze the relationship between self-efficacy, stigma, intention to ask for help, and media preferences. It was concluded that the target audience has good self-efficacy, intention to ask for help and low stigma. In addition, gender turned out to be an influential factor in external stigma and the intention to ask for help. The campaign should be implemented on social media, as it is the audience's preferred channel, and testimonials, *sympathetic narratives*, use of opinion leaders, among other elements of the persuasive communication strategy.

Keywords: self-efficacy, persuasive communication, psychology, stigma, mental health, communication campaign.

Translated by

Estefany Cueva

Cristina Fernández de Córdova



ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTOS.....	II
Resumen	III
Abstract	III
1 Introducción	1
2 Marco teórico y estado de la cuestión.....	3
2.1 Salud mental en Ecuador.....	3
2.2 Trastornos más comunes de salud mental	4
2.2.1 Ansiedad.....	4
2.2.2 Depresión	4
2.2.3 Adicciones	4
2.3 Estigmas sobre salud mental y búsqueda de ayuda.....	5
2.4 Psicoterapia.....	6
2.4.1 Corrientes.....	6
2.4.1.1 Psicoanálisis	6
2.4.1.2 Cognitivo Conductal	7
2.4.1.3 Humanista Gestalt	7
2.4.1.4 Sistémica Breve	8
2.4.1.5 Neuropsicología	8
2.4.2 Psicoeducación.....	9
2.5 Comunicación para la salud	9
2.6 Comunicación persuasiva.....	9
2.6.1 Mensajes Persuasivos.....	10
2.6.2 Mensajes específicos para campañas de salud mental	11
2.6.2.1 Testimonios	11
2.6.2.2 <i>Sympathetic narratives</i>	11
2.6.2.3 Mensajes sobre barreras estructurales	12
2.6.2.4 Uso de líderes de opinión.....	12
2.6.2.5 Mensajes no recomendados.....	12
2.7 Redes sociales para difusión de campañas sobre salud mental	13
2.8 Campañas sobre salud mental en Ecuador.....	14

2.9	Autoeficacia.....	14
3	Metodología	17
3.1	Enfoque de la investigación y muestra.....	17
3.2	Perfil de la muestra.....	18
3.3	Instrumentos de medida.....	19
	3.3.1 Autoeficacia Generalizada.....	19
	3.3.2 Estigmas hacia pedir ayuda psicológica	19
	3.3.3 Intención de pedir ayuda psicológica	20
	3.3.4 Preferencia mediática	20
4	Resultados	22
4.1	Análisis descriptivo	24
	4.1.1 Autoeficacia Generalizada.....	24
	4.1.2 Estigmas sobre pedir ayuda psicológica	24
	4.1.3 Intención de pedir ayuda psicológica	25
	4.1.4 Preferencias mediáticas.....	25
4.2	Análisis factorial confirmatorio	26
4.3	Testeo de hipótesis	27
4.4	Propuesta de Campaña	28
5	Discusión	28
6	Conclusiones	31
	Referencias	33
	Anexos.	44
Anexo 1	Preguntas de las entrevistas.....	44
Anexo 2	Cuestionario.....	45
Anexo 3	Propuesta de Campaña.....	51

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Entrevistados	18
Tabla 2: Perfil de la muestra cuantitativa.....	19
Tabla 3: Escalas de medida utilizadas.....	20
Tabla 4: Determinantes de la intención de pedir ayuda psicológica	25
Tabla 5: Validez, discriminante e intervalos de valor.....	27
Tabla 6: Testeo de hipótesis.....	28

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Causal de determinantes de la intención de pedir ayuda	16
---	----

1. INTRODUCCIÓN:

La prevalencia de los trastornos mentales sigue aumentando, especialmente con la llegada de la pandemia de COVID-19 (Baños *et al.*, 2022), cuyos efectos probablemente durarán décadas (Pfefferbaum y Carol North, 2020; Vindegaard y Benros, 2020) y esto es un problema, debido a que la salud mental es parte integral del ser humano, ya que afecta directamente en el comportamiento y el desarrollo físico óptimo (Organización Mundial de la Salud, 2004). Sin embargo, el tratamiento que se le otorga a la salud mental en Ecuador es limitado y con grandes errores como falta de asignaciones presupuestarias, la falta de leyes sobre salud mental, y, lo más importante, falta de acciones de promoción y prevención de salud mental, especialmente campañas de sensibilización (Organización Panamericana de Salud *et al.*, 2015). Para Arellano y Morales (2014) el hecho de que el estudio ecuatoriano se haya centrado en las manifestaciones clínicas y psicopatológicas, más que en la prevención, es un problema grave, lo que lleva a no establecer un enfoque sensible e informado sobre la importancia de la salud mental.

Además, como mencionan Andrews *et al.* (2001) únicamente el 11% de las personas que necesitan ayuda por problemas de salud mental buscan a un profesional, y para Saatsi *et al.* (2007), como se citó en Swift y Greenberg (2012) un bajo índice en la búsqueda de ayuda psicológica aporta a un círculo vicioso, en que los problemas en salud mental no solo se mantienen, sino que empeoran, ya que al no busca ayuda podrían evolucionar a problemas más graves.

Existen factores que inciden en la decisión de la búsqueda de ayuda, uno realmente importante es el estigma hacia la salud mental, por lo tanto, es necesario hallar formas eficientes de reducir el estigma de la salud mental (Nami, 2021).

Si bien es cierto que las acciones preventivas en materia de salud mental pública se remontan a poco más de diez años, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta la Comisión de Política de Salud Mental (*The Mental Health Policy Group*, 2019), también es muy cierto que la difusión y promoción de salud mental ha ido incrementando durante los

últimos años y de manera significativa (Samhsa, 2017 como se citó en *Mental Health America*, 2021).

La salud mental positiva en materia de promoción y prevención se ha convertido en el objetivo prioritario de diversas jurisdicciones, pero, si bien es una prioridad, las campañas que existen sobre el tema, solo consiguen un pequeño resultado a corto plazo (Collins *et al.*, 2019). El objetivo de la promoción de la salud mental es aumentar el bienestar mental, mejorar la salud mental positiva y enseñar a las personas sobre la importancia del cuidado de la salud mental.

Una buena promoción es sumamente importante para el bienestar de la sociedad y permitir así reducir el impacto y la carga de la mala salud mental (*International Union for Health Promotion and Education*, 2021). Se ha encontrado bases sólidas de pruebas sobre el impacto que la salud mental tiene en la sociedad, los efectos que recaen en las personas, en todos los aspectos (Santini *et al.*, 2021), incluso la relación significativa que tiene con la salud física (Valtorta *et al.*, 2016), y su incidencia en el desarrollo académico y el empleo (Agnafors *et al.*, 2021).

En cuanto a estrategias de promoción para reducir el estigma de la salud mental en la población, las que mejor han funcionado son aquellas estrategias que aplican el uso de medios digitales como difusores de mensaje, ya que estos facilitan una mejor adaptación del contenido para el público y tienen un mejor alcance de difusión (Gold *et al.*, 2019). Según la *National Academies of Sciences & Medicine* (2016), aquellas campañas que aplican herramientas digitales como las redes sociales a la hora de promocionar sobre salud y estigmas, obtienen siempre buenos resultados.

En este contexto, la presente investigación plantea diversas cuestiones: ¿Qué métodos de comunicación persuasiva son efectivos para que las personas jóvenes se sensibilicen sobre salud mental y normalicen ir a terapia?, ¿Qué elementos debe tener una campaña comunicacional para sensibilizar sobre salud mental en jóvenes cuencanos y cuencanas?, ¿Qué es lo que está en el imaginario de los/las jóvenes en Cuenca sobre la salud mental, particularmente sobre los estigmas que impiden pedir ayuda psicológica?, ¿Cuál es el nivel de autoeficacia que tienen los/las jóvenes hacia pedir ayuda psicológica?

2. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

2.1 Salud mental en Ecuador

Ecuador es un país que centra la salud mental principalmente en las manifestaciones clínicas de las enfermedades mentales, por lo tanto, en cuanto a salud preventiva todavía no hay una total implementación a nivel institucional y profesional (Aguirre, 2017; Ullauri *et al.*, 2015). De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (2018), en el mes de enero del mismo año se atendieron un total de 42.823 casos, donde la mayoría fueron trastornos afectivos, neuróticos y de estrés. Por lo tanto, se puede decir que el país sigue la corriente mundial, ya que la Organización Mundial de la Salud (2017) como se citó en el Ministerio de Salud Pública (2018) estimó que 300 millones de personas se encuentran deprimidas.

La Organización Mundial de la Salud (2020) en su informe *El impacto de COVID-19 en los servicios de salud mental, neurológica y de consumo de sustancias* menciona durante la pandemia COVID-19 la demanda de atención referente a la salud mental ha aumentado considerablemente. El informe recoge información de 130 países, donde se puede evidenciar los estragos que está dejando la COVID-19 y el poco acceso a los servicios en cuanto a salud mental se refiere y pone alta la necesidad inmediata de aumentar su financiación. Esto provoca demasiado daño a las personas, ya que en previas pandemias, se ha demostrado que los estragos en la salud mental pueden llegar a durar incluso más que la propia enfermedad (Ornell *et al.*, 2020).

Estudios previos muestran los efectos de la Covid-19 en la salud mental de las personas, como es el estudio realizado en China por Wang, *et al.* (2020), donde se determinó que el 53 % de los participantes mostraron un daño psicológico de lo que es considerado moderado a grave, luego 16 % manifestó depresión clínica moderada a grave y el 28 % mostró síntomas de ansiedad moderados o graves. En el contexto ecuatoriano, la Organización Panamericana de Salud (2020), muestra que la población de entre los 20 años refleja un patrón durante la juventud y la edad adulta, donde los trastornos de ansiedad, depresivos, autolesiones y trastorno somatomorfo representan el 42%, y los trastornos por consumo de sustancias el 17% de los problemas de salud mental de la población.

Tusev *et al.* (2020) en su estudio realizado en varias provincias del Ecuador encuentran que un número alarmante de sujetos muestran niveles graves o extremadamente

graves de depresión (10.3%) y ansiedad (19.4%).

2.2 Trastornos más comunes de salud mental

2.2.1 Ansiedad

“La ansiedad es entendida como una respuesta afectiva de temor de notoriedad subjetiva y fisiológica para el organismo frente a situaciones de riesgo o la anticipación a un suceso peligroso” (Basile *et al.*, 2015, p.2). Un gran porcentaje de los casos, por lo general muestra características inexactas, donde los síntomas están enmascarados en dolores corporales y en un 50% de los casos no es diagnosticada adecuadamente (Roberge *et al.*, 2015).

Para entender mejor este aspecto, es necesario diferenciar la ansiedad social del trastorno de ansiedad, donde la ansiedad social se identifica como algún grado de miedo hacia el rechazo durante situaciones de exposición social, sin embargo, el trastorno de ansiedad según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la *American Psychiatric Association* (2014) lo define como un desgaste en el desarrollo de la persona en sus diferentes áreas de vida que se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesiva acerca de diferentes actividades y acontecimientos que están presentes durante varios días de la semana siendo mayor a seis meses.

2.2.2 Depresión

La OMS (2016) define la depresión como un trastorno mental, que se caracteriza por la aparición del sentimiento de tristeza, pérdida generalizada de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, problemas del sueño o pérdida del apetito, sensación de cansancio y problemas de concentración.

La *American Psychiatric Association* (2014), define al episodio depresivo como la falta de ánimo, presencia de tristeza, vacío o irritabilidad, falta del interés o del placer en casi todas las actividades del día a día acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan de manera significativa la capacidad funcional del individuo durante al menos dos semanas.

2.2.3 Adicciones

La Clínica Universidad de Navarra (2021) conceptualiza a las adicciones como un patrón de conducta constante, que se caracteriza por la necesidad y deseo de mantener de manera continua una determinada actividad que se sitúa fuera del control voluntario del individuo. Actualmente se han descrito adicciones psicológicas a algunos deportes, al trabajo, al sexo, etc.

Dentro del informe de la OMS (2021), la adicción, especialmente a sustancias psicoactivas, se relaciona de cierta manera con la dependencia, que es “un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento, que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia y que sigue consumiéndola a pesar de sus consecuencias adversas” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p.13).

2.3 Estigmas sobre salud mental y búsqueda de ayuda

Michaels, *et al.* (2012), señalan que el estigma es caracterizado por constituirse como un proceso sociocultural, donde un grupo de personas son etiquetados por otras, porque socialmente presentan atributos y características que no son aceptables o normales. Por lo tanto, el estigma es considerado la expresión de una sociedad formada con base a relaciones de poder en el cual las “personas locas” son inferiorizadas. Además, Barrenetxea (2016), señala que la acción de estigmatizar sucede en el momento en que una persona piensa que posee alguna característica que transmite una identidad menos válida ante lo socialmente aceptado debido a un contexto social definido.

Así mismo, mediante lo que se conoce como estigma internalizado, es muy posible poder identificar el daño que provoca la estigmatización hacia las personas que lo sufren, perjudicando así la autoestima entre otros factores importantes (Nascimento y Leão, 2019), aumentando de cierta manera las posibilidades de riesgo suicida por la desesperanza (Tourinho *et al.*, 2018). En última instancia, produce discriminación, exclusión social y dificultades para mantener una vida tranquila y cómoda, afectando de manera sustancial a las personas con algún diagnóstico psiquiátrico (Aparecido y Silva, 2020).

La búsqueda de ayuda en salud mental hace referencia a ese comportamiento en el cual una persona busca de manera activa y voluntaria la ayuda de otras personas (Rickwood, *et al.*, 2005). Según Gulliver *et al.* (2010) esta búsqueda de ayuda, en muchos de los casos, se da en una etapa tardía, es decir cuando los síntomas son graves, lo que puede darse debido a las diversas barreras intrapersonales, como lo es el estigma por la enfermedad o la vergüenza, la dificultad en la identificación de síntomas, la total falta de conocimiento y la preferencia por la autosuficiencia.

Por otro lado, Huasin (2019) menciona que las personas prefieren buscar ayuda de sus amigos y familiares antes de buscar algún tipo de ayuda psicológica profesional. Esto puede deberse a diversos aspectos determinantes como género, autoconstrucción, experiencia previa en la búsqueda de ayuda, temor al tratamiento, estigma público, opiniones sobre enfermedades

mentales, experiencia previa en consejería, acceso a la atención, cobertura de seguros, entre otros.

Con respecto a quiénes son las personas que tienen menos probabilidades de recibir atención en salud mental, Thornicroft (2008) menciona a los jóvenes, adultos mayores, varones, personas con bajo nivel de instrucción y los miembros de minorías raciales o étnicas como los grupos con mayor dificultad para tener acceso.

2.4 Psicoterapia

La psicología clínica es una de las disciplinas encargadas de promover y atender la salud mental de las personas (García *et al.*, 2008) que estudia de forma teórica y práctica el funcionamiento y desarrollo de la mente humana en aspectos individuales, sociales y culturales (Universidad Internacional de Valencia, 2016).

La psicoterapia pone en marcha una serie de procesos de aprendizaje que darán lugar a la aparición de nuevas conductas, más adaptativas, menos problemáticas, en la persona tratada (Froján, 2011). El proceso de psicoterapia mejora la agencia de un individuo, es decir, la autopercepción de dicho sujeto sobre su capacidad de acción en el mundo adquiriendo, en su proceso, más autonomía y empoderamiento (Ahearn, 2001 como se citó en García y López, 2021).

2.4.1 Corrientes:

Las corrientes psicológicas responden a los métodos del psicoterapeuta y las necesidades del paciente con base a los tratamientos apoyados empíricamente para trastornos específicos, que está sujeto a revisiones periódicas (Echeburúa *et al.*, 2010).

En la actualidad, tenemos una gran diversidad de corrientes, sin embargo, en este estudio, abordaremos las más estudiadas y validadas a nivel mundial como son el psicoanálisis, terapia cognitiva- conductual, humanista-gestalt, sistémica y lo correspondiente a la neuropsicología.

2.4.1.1 Psicoanálisis

Entendemos al psicoanálisis como un sistema teórico sobre la psicología humana que deriva del método catártico usado por Sigmund Freud y Josef Breue. El psicoanálisis se refiere a la exploración clínica del inconsciente fundamentada en la asociación libre por parte del paciente y en la interpretación por parte del psicoanalista (Asociación Psicoanalítica mexicana, 2018).

De acuerdo con Laguna *et al.* (2019), el psicoanálisis se enfoca, tanto en los patrones conductuales del ser humano, como en la forma de relacionarse consigo mismo y con los demás. Estos patrones, a menudo están automatizados, son inconscientes y se expresan en la conducta, pensamiento, manera de interpretar y vivir la realidad, así como, a través de síntomas clínicos como la ansiedad, depresión, problemas de ira, etc. A partir del trabajo psicoterapéutico se intenta comprender estos patrones, para que dejen de obstaculizar el desarrollo y bienestar de la persona en terapia.

La terapia psicoanalítica usualmente dura de seis meses a un año, sin embargo puede extenderse a varios años dependiendo de las necesidades de cada caso (R&A Psicólogos, 2021) y como menciona la *International Psychoanalytical Association* (2021), es altamente efectivo en el tratamiento de la ansiedad, depresión, inhibiciones, manejo de ira, entre otros.

2.4.1.2 Cognitiva Conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es estructurada, activa y se centra en el problema (Puerta y Padilla, 2011), es decir, busca generar cambios desde lo sintomático mediante la definición de objetivos y enseñarle al paciente técnicas psicológicas específicas que contribuyan a tratar cogniciones y conductas disfuncionales que mantienen (o causan) el malestar asociado a los trastornos mentales (Fullana *et al.*, 2012) es decir, la TCC permite cambiar la forma en que se piensa ("cognitivo") y actúa ("conductual").

Puerta y Padilla (2011) mencionan que el proceso del TCC, para que un paciente pueda cambiar sus pensamientos, emociones y conductas disfuncionales por otras más adaptativas, dura normalmente entre 10 y 20 sesiones con una reducción considerable de los síntomas después de 4 o 6 semanas de tratamiento. Al inicio, el psicoterapeuta realiza una exhaustiva evaluación de las características biopsicosociales del paciente para luego estructurar los objetivos y las tareas a cumplir por el individuo.

Según el *Royal College of Psychiatrists* (2009) este tipo de terapia ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de la depresión, ansiedad, pánico, fobias, trastornos alimenticios como la bulimia y la anorexia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés post-traumático. Además, en el tratamiento psicológico de enfermedades, especialmente crónicas (Hernandez, 2007) trastorno bipolar (Valdivieso, 2021) y adicciones (Solórzano *et al.*, 2017).

2.4.1.3 Corriente Humanista- Gestalt

La corriente humanista es considerada la tercera fuerza de la psicología, debido a que surge de la necesidad de trascender aspectos del psicoanálisis (primera fuerza) y del

conductismo (segunda fuerza) para desarrollar una visión más integral del ser humano, centrada en su experiencia interna y no el resultado único de su conducta o el inconsciente (Riveros, 2014).

A su vez, Rosal (2017) menciona que en este tipo de terapia entiende a la personalidad de las personas como un sistema único y en proceso de desarrollo, con una capacidad innata de actualizarse, es decir, que el ser humano después de sus necesidades primarias básicas, intentará desarrollar una mejor versión de sí mismo, llegar a su mayor potencial.

Para la psicología Humanista el comportamiento presente y la visión del mundo son altamente subjetivos e importan en la terapia. El sujeto tratado por un humanista se desarrolla gracias a su afán de autorrealización (Universidad Internacional de Valencia, 2017). La duración de la terapia humanista depende de las necesidades específicas del paciente.

2.4.1.4 Corriente Sistémica Breve

La psicoterapia sistemática breve centra sus objetivos terapéuticos en la modificación de patrones de interacción entre las personas y su campo de aplicación, abarca tratamientos individuales, grupales, de pareja y de familias (Camacho, 2006).

Según la Rimana Escuela Sistémica del Ecuador (2021), este enfoque parte del entendimiento de los sistemas familiares, sus subsistemas (pareja, individuo, hijos, grupos sociales) para determinar el origen de los conflictos en las dinámicas de estas relaciones y así encontrar soluciones. Es decir, que ofrece una perspectiva global del sistema de las relaciones del individuo, por lo que es muy recomendado para trabajar conflictos en las relaciones, ansiedad, depresión y otras dificultades emocionales (R&A Psicólogos, 2022).

2.4.1.5 Neuropsicología:

La neuropsicología estudia la relación entre las estructuras del cerebro y el comportamiento humano (Universidad Internacional de Valencia, 2017), por lo que es la encargada de identificar déficits cognitivos y cómo estos inciden en las capacidades cotidianas de las personas, para luego establecer un programa de tratamiento y rehabilitación (Neuron Psicología, 2021).

Según Julipi (2019) el objeto de estudio de la neuropsicología es el conocimiento de las bases neuroanatómicas de procesos mentales complejos como la atención, el lenguaje, las funciones ejecutivas, la memoria, las emociones, percepción, entre otros. Por lo que su

aplicación se centra en daños cerebrales, demencias, enfermedades neurodegenerativas, dificultades de aprendizaje y en sujetos sanos que busquen estimulación cognitiva.

2.4.2 Psicoeducación

La psicoeducación es una técnica que fusiona la psicología y la pedagogía, con el fin de desarrollar un trabajo de prevención y concienciación sobre la salud mental de las personas, especialmente en pacientes y sus cuidadores (Lemes y Neto, 2017).

Para Gómez (2020) está diseñada para proveer al paciente información y habilidades que le permitan un uso óptimo del tratamiento psicológico ya que brinda “información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología” (Godoy *et al.*, 2020, p. 170), promoviendo así autonomía, empoderamiento y su reintegración social.

2. 5 Comunicación para la salud

Briggs (2005) afirma que la comunicación debe ir a la par de la medicina actual, (Menéndez, 2003), es decir que la labor de los comunicadores de “traducir” el saber médico en mensajes “culturalmente adecuados” que colaboren en la prevención de enfermedades y la promoción de prácticas saludables, debe ejecutarse de manera constante en medida del avance médico.

La comunicación para la salud tiene un claro objetivo según la Organización Mundial de la Salud (2018) y esa es la de proporcionar información, recomendaciones y orientación a las instancias decisorias para inducir la adopción de medidas que protejan la salud de las personas, las familias, las comunidades y los países. Para cumplir con el propósito, basa sus mensajes en 6 principios fundamentales: accesible, factible, creíble y fiable, pertinente, a tiempo y fácil de entender.

2.6 Comunicación Persuasiva

Entendemos a la persuasión como un proceso de la comunicación que busca influir y cambiar creencias, actitudes, intenciones y comportamientos de un individuo o una audiencia a través de mensajes verbales o no verbales (Derin *et al.*, 2020).

Por lo tanto, la comunicación persuasiva hace uso de la persuasión en mensajes

específicos que atraen a su público objetivo a ciertas ideas y posturas para cambiar su comportamiento (González, 2018) y como menciona Páez (2016), esta es una herramienta fundamental para quienes desean ejercer una influencia en actitudes y comportamientos en campañas sociales o comerciales.

Pratkanis y Aronson (1994) mencionan que una táctica de persuasión exitosa es aquella que orienta y canaliza los pensamientos de modo que el público objetivo piense de una forma en sintonía con el punto de vista del comunicador, porque “la persuasión depende de cómo el receptor interpreta y responde al mensaje, lo cual puede variar según la persona, la situación y el mensaje” (Pratkanis y Aronson, 1994, p. 45).

Según Derin *et al.* (2020) para lograr que el receptor interprete y responda al mensaje, es decir, sea persuadido, se debe aplicar tres generadores clave en las identidades de las personas que dan lugar a un cambio de comportamiento: valores, creencias y motivaciones.

Valores + Creencias + Motivaciones = Actitudes → Comportamiento.

2.6.1 Mensajes Persuasivos

Pratkanis y Aronson (1994) desde los 90's resaltan que el proceso de la comunicación persuasiva del siglo XXI se enmarca en un entorno hipercomunicado y saturado de mensajes, por lo que “el comunicador debe diseñar un mensaje que no sólo sea atractivo, sino que se perciba de manera destacada en este saturado entorno” (Pratkanis y Aronson, 1994, p. 31), mucho más si nos situamos en la era digital.

Para destacar, sea en una campaña social o comercial, el anuncio persuasivo debe aplicar métodos probados como las cinco etapas de entendimiento de Derin *et al.* (2020), donde el destinatario debe transitar con el fin de ser persuadido:

1. Conciencia del problema.
2. Entendimiento del problema.
3. Entendimiento de la solución propuesta al problema.
4. Visualización de los efectos de la solución propuesta.
5. Entendimiento de cómo deben actuar.

Estas cinco etapas responden a lo que Pratkanis y Aronson (1994) denominaban una propaganda persuasiva con la aplicación de la teoría de aprendizaje y teoría conductual de la psicología.

El mensaje persuasivo de acuerdo con la teoría del aprendizaje debe verse, entenderse, aprenderse, recordarse y ejercitarse en el comportamiento. Y, como se argumenta en la investigación de (Hovland *et al.*, 1961 como se citó en Pratkanis y Aronson, 1994), el destinatario del mensaje debe pasar y sentirse recompensado en cuatro etapas del

procesamiento psicológico, que si comparamos con la de Derin *et al.* (2020) abarcan los mismos procesos con la diferencia del quinto:

1. El mensaje debe atraer la atención del destinatario.
2. Los argumentos del mensaje deben comprenderse.
3. El destinatario debe aprender los argumentos del mensaje y considerarlos verdaderos.
4. El destinatario se siente incentivado porque el mensaje se alinea de acuerdo con el conocimiento y creencias aprendidas.

Es importante recalcar que, como se hace énfasis en la teoría cognitiva y se aplica en la comunicación persuasiva para mejorar el uso efectivo de la teoría del aprendizaje, en cada una de estas etapas el receptor no es un sujeto pasivo que obedezca fielmente a los principios de la teoría del aprendizaje, sino un participante activo en el proceso de la persuasión (Pratkanis y Aronson, 1994).

2.6.2 Mensajes persuasivos específicos para campañas sobre salud mental

Las campañas de sensibilización sobre salud mental que emplean comunicación persuasiva han demostrado tener un alto impacto en abordar las barreras del estigma y empoderar a personas a buscar ayuda para cuidar de su salud mental (Pace *et al.*, 2016).

Como mencionan McGinty *et al.* (2018), existen estrategias de comunicación efectivas para abordar el ámbito de la salud mental en una campaña, como son:

2.6.2.1 Testimonios

Se destaca el uso de testimonios con representaciones de las barreras que existen para el tratamiento de enfermedades mentales y trastornos por uso de sustancias. Esta estrategia tiene el potencial de aumentar la disposición del público a invertir en el sistema de tratamiento o apoyar a políticas públicas sobre el cuidado de salud mental.

2.6.2.2 *Sympathetic narratives*

El uso de *sympathetic narratives* se refiere a la creación de historias que humanizan las experiencias y conflictos de las personas con enfermedades mentales o abusos de sustancias. Esta técnica ayuda a reducir estigmas y concientiza sobre el rol que cumplen los individuos en sus condiciones conflictivas al entrelazarlas con historias contextualizadas en

realidades sociales.

2.6.2.3 Mensajes que destacan las barreras estructurales para el tratamiento de la salud mental

Las estrategias de comunicación que enfatizan sus mensajes en las barreras estructurales para el tratamiento, como la falta de fondos públicos y escasez de proveedores, generan apoyo a políticas beneficiosas sin aumentar el estigma, puesto que estos mensajes tienen el potencial de contrarrestar la propensión del público a formar opiniones sesgadas al mostrar deficiencias estructurales que son directamente abordables a través de políticas públicas.

2.6.2.4 Uso de líderes de opinión

De acuerdo con Araujo *et al.* (2021) el uso de líderes de opinión, lo que en redes sociales se denominan *influencers*, permite llegar a más público para participar en campañas de salud mental. Además, para difundir con éxito información y promover la prevención Tang *et al.*, (2018) como se citó en Araujo *et al.* (2021) recomiendan el uso de portavoces como médicos e investigadores.

A su vez, Parrott *et al.* (2019) menciona que si deportistas y otros tipos de personas influyentes comparten sus propias experiencias relacionadas con la salud mental pueden alentar a sus seguidores a adoptar creencias, actitudes y comportamientos positivos sobre el tema.

2.6.2.5 Mensajes no recomendados

Ahora bien, McGinty *et al.* (2018) también señalan que existen mensajes que suelen utilizarse en campañas sobre salud mental pero que han demostrado aumentar estigmas y que su efectividad no es del todo clara en cambios estructurales. Como, por ejemplo, mensajes enfocados en la efectividad de un tratamiento, puede reducir el estigma relacionado con las enfermedades mentales, pero sus efectos sobre aumentar el apoyo público a políticas sobre el cuidado de la salud mental son inciertos.

Las estrategias de comunicación centradas en la difusión de mensajes sobre el

tratamiento y la recuperación exitosos, una estrategia a la que se atribuyen importantes reducciones en el estigma público en torno al VIH/SIDA, pueden reducir el estigma público en torno a las enfermedades mentales y los trastornos por consumo de sustancias, aunque en los estudios experimentales realizados hasta la fecha, dichos mensajes no han influido en el apoyo público a las políticas sobre enfermedades mentales. (McGinty *et al.*, 2018, p.6)

Además, mensajes que se centran en la violencia por parte de las personas con enfermedades o mensajes que culpan a las personas con enfermedades mentales o trastornos por uso de sustancias por su condición, perpetúan estigmas y disminuyen la voluntad del público de ayudar a estos grupos (McGinty *et al.*, 2018)

Sobre ello, McGinty *et al.* (2018) hacen énfasis en que estos resultados se dan porque las personas pueden exagerar el papel de la responsabilidad individual y subestimar la importancia de los factores fuera del control de un individuo como los recursos de la comunidad y la exposición a factores ambientales.

2.7 Redes sociales para difusión de campañas sobre salud mental

Dependiendo de su uso, las redes sociales pueden convertirse en una herramienta de información y formación para mejorar las capacidades educativas de jóvenes en términos de salud mental (Posada *et al.*, 2022). Además, como señalan Araujo *et al.* (2021) las redes sociales son consideradas un punto de observación relevante para la salud pública, ya sea desde el punto de vista de tomar acción por parte de sus actores, como la visibilidad de los temas de la salud mental.

Mucho más si nos situamos en el contexto actual, en donde la pandemia generada por la Covid-19 transformó el estado de salud mental de miles de personas y llevó a otro nivel la atención en salud mental que se situó en lo virtual (Araujo *et al.*, 2021).

Entre las redes sociales que más se destacan para la promoción y sensibilización sobre el cuidado de salud mental tenemos a Instagram que, como mencionan Pinto *et al.* (2020 como se citó en Araujo *et al.*, 2021), funciona como una herramienta de promoción de la salud porque tiene la capacidad de envolver a los usuarios e impactar en aspectos relacionados con la salud desde un atractivo visual.

Esta red social se suma al Facebook y Twitter como fuente de información en salud mental y salud en general que, como concluye la investigación de Novillo y Hernández (2017) son las principales redes sociales utilizadas por las autoridades de salud en Latinoamérica. Sin embargo, el uso de Tik Tok también ha demostrado generar un impacto positivo en la audiencia, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes que se muestran receptivos a ser educandos sobre salud mental (Olivari y Casañas, 2020).

Araujo *et al.* (2021) recomiendan ciertas prácticas que mejoran la difusión de mensajes en redes sociales, entre las que se destacan:

1. La utilización de mensajes que tengan en cuenta las desigualdades existentes.
2. Usar líderes de opinión y celebridades para ampliar el alcance de los mensajes.
3. Las leyendas del contenido tengan un texto claro y términos técnicos más sencillos.
4. *Posts* con enfoques positivos e informativos.

2.8 Campañas sobre salud mental en Ecuador

Hasta el informe sobre el estado de salud mental de la Organización Panamericana de Salud *et al.* (2015), existía una gran escasez de acciones de promoción y prevención en salud mental, especialmente campañas de sensibilización. En la actualidad, el panorama no es tan distinto, especialmente desde el gobierno. Sin embargo, la pandemia influyó a que se promoviera más el tema de salud mental y surgieron proyectos como “Activamente, red informativa sobre salud mental” (Pazmiño, 2020), desde una red periodística latinoamericana que levantó datos en Ecuador y promovió hablar del tema con el *hashtag* en redes sociales de #HablemosdeSaludMental.

También, el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo (HTMC) creó la campaña "Por tu bienestar, HTMC cuida tu salud mental", que buscaba brindar soporte psicológico y psiquiátrico al personal sanitario de la primera línea de contención contra la COVID-19. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2021). UNICEF (2021) a su vez, buscó ayudar a niños y padres a cuidar su salud mental en el contexto de la pandemia y creó el repositorio, que se puede entender como campaña, denominado “Aquí por tí”.

Como mencionan Estarellas *et al.* (2021) la Universidad San Francisco de Quito en

conjunto con su escuela de comunicación social, creó la campaña “Que sume y no reste” sobre la importancia de cuidar nuestras palabras con otros que pueden devenir en deterioros de círculos sociales y la salud mental de un individuo.

2. 9 Autoeficacia:

Entendemos a la Autoeficacia como la creencia que tiene un individuo en sus propias habilidades y eso incide en la forma que responde a las situaciones presentes en su vida (Ackerman, 2020) y, como mencionan Schwarzer y Jerusalem (1995), entender la autoeficacia permite predecir cómo una persona va a lidiar con molestias diarias, así como la adaptación que tendrá a los eventos estresantes de su vida.

Al estar correlacionada con la emoción, optimismo y la satisfacción con el trabajo personal (Schwarzer y Jerusalem, 1995) puede tener un gran impacto al tratar de entender todo lo relacionado con estados mentales en psicología y la motivación a realizar una acción (Ackerman, 2020) como lo es pedir ayuda o cuidar la salud mental.

Además, la autoeficacia juega un rol importante en la efectividad de mensajes persuasivos porque, como mencionan (Soutter y Boag, 2018) las personas que presentan una baja autoeficacia aceptan menos el contenido del mensaje y (Gallagher y Updegraff, 2012 como se citó en Soutter y Boag, 2018) ha sugerido que la autoeficacia desempeña un papel importante en cambios de comportamiento, por lo que los mensajes necesitan repetirse varias veces, teniendo un papel menor en actividades puntuales.

Así mismo, existe una relación directa entre la autoeficacia y la estigmatización hacia la salud mental, eso mencionan Bozdağa y Çuhadarb (2021), quienes han observado que los niveles de autoeficacia disminuyen con el aumento de los niveles de estigmatización interiorizada de las personas. Además, en estudios previos realizados por Ayar *et al.* (2020) señalan que las personas que tienen una alta autoeficacia tienen actitudes más positivas sobre las enfermedades, mejor manejo de las crisis, menos síntomas depresivos, menos ansiedad y menor estigmatización. Teniendo en cuenta que existen estigmas externos e internos sobre la salud mental, podemos afirmar que:

H1a. A mayor autoeficacia, menores son los estigmas externos hacia la salud mental.

H1b. A mayor autoeficacia, menores son los estigmas internos hacia la salud mental.

Esta estigmatización hacia la salud mental, según De Luca (2019) tiene una relación significativa con la intención de pedir ayuda psicológica, ya que el estigma representa una barrera potencial para la búsqueda de ayuda. De hecho, una reciente revisión sistemática realizada por Radez *et al.* (2020) confirma el punto de vista de De Luca, señalando al estigma como factor esencial en la toma de decisiones a la hora de pedir ayuda.

La Confederación de Salud Mental España (2015) señala que el estigma interno afecta de una manera especial a las personas con trastornos mentales porque obstaculizan su proceso de recuperación y disminuye su capacidad para pedir ayuda. Por lo tanto, hipotetizamos que:

H2a. A mayores estigmas externos hacia la salud mental, menor es la intención de pedir ayuda.

H2b. A mayores estigmas internos hacia la salud mental, menor es la intención de pedir ayuda.

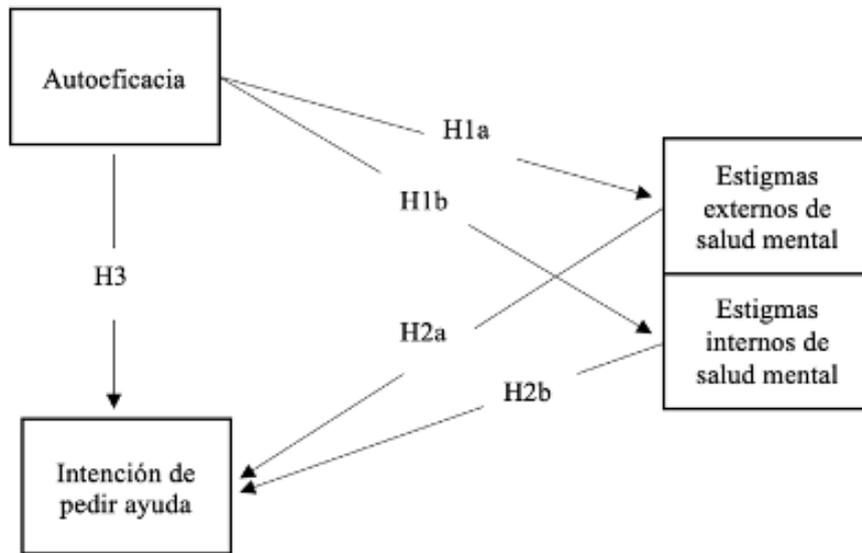
De la misma manera, el estudio de Colvin (2012) mostró que la intención de buscar ayuda tiene una relación positiva y significativa con la autoeficacia, es decir que cuanto mayor sea la autoeficacia del individuo, mayor será la fuerza de la intención de buscar ayuda (Naumova, 2022).

Por el contrario, los individuos con menor autoeficacia pueden no buscar ayuda porque no creen que sean capaces de resolver el problema y la ayuda buscada puede no servirles (Crowe, 2021). Dicho lo cual afirmamos que:

H3. A mayor autoeficacia, mayor es la intención de pedir ayuda psicológica

Con lo dicho, nuestro modelo causal de determinantes de la intención de pedir ayuda psicológica queda tal y como se lo presenta en la Figura 1.

Figura 1: Modelo Causal de determinantes de la intención de pedir ayuda psicológica



3. METODOLOGÍA:

3.1 Enfoque de la investigación y muestra

La presente investigación es de carácter no-experimental, con un enfoque metodológico mixto (cualitativo -cuantitativo) y un alcance causal.

El primer paso, fue el análisis bibliográfico que nos permitió definir en el marco teórico aspectos de la psicología y la comunicación persuasiva aplicables en la campaña, tales como, los tipos de corrientes psicológicas, los métodos probados de comunicación persuasiva en campañas de salud mental, así como, datos sobre el estado de la salud mental en Ecuador en el contexto de la pandemia, entre otros.

Posteriormente, se realizaron 12 entrevistas semiestructuradas a psicólogos y psicólogas clínicas ecuatorianas (Véase tabla 1), y a una experta en campañas en el ámbito de comunicación para la salud, propuestas como metodología cualitativa. Cabe recalcar que, el análisis bibliográfico y la construcción del marco teórico estuvo supeditado a los resultados de las entrevistas.

Las entrevistas en el campo de la psicología (Ver anexo 1), contaron con secciones que integran preguntas relacionadas a la importancia de la psicoterapia, tipos de psicoterapia, problemas y estigmas sobre salud mental en Cuenca, y desde su experiencia, qué elementos

debemos tener en cuenta para incentivar a jóvenes a cuidar su salud mental.

La entrevista para la experta en campañas abordó el tema de comunicación desde qué hace efectiva una campaña y variables que deben estar presentes en la investigación aplicada al ámbito de la salud mental.

En cuanto al enfoque cuantitativo con alcance causal, se elaboró una encuesta que se aplicó online a través de Google Formularios a 410 personas. Este cuestionario nos permitió medir varios constructos, para lo cual utilizamos escalas válidas y fiables que han sido previamente utilizadas en otros estudios, como la autoeficacia generalizada (Schwarzer y Jerusalem, 1995), estigmas internos (Vogel *et al.*, 2006) y externos (Komiya *et al.*, 2000) sobre salud mental, intención de pedir ayuda psicológica (Cash *et al.*, 1975; Hammer y Spiker, 2018); y preferencias mediáticas *ad hoc*. Más adelante se detalla el instrumento de medida con mayor detenimiento. Finalmente, se testearon las hipótesis planteadas mediante ecuaciones estructurales, luego de realizar un análisis factorial confirmatorio para determinar la validez y fiabilidad del instrumento de medida, para lo que se utilizaron los programas SPSS y EQS.

3. 2 Perfil de la muestra

La selección del público en la fase cualitativa se trabajó con una muestra de casos tipo seleccionados por conveniencia. La selección estuvo conformada por 7 psicólogas clínicas, 4 psicólogos clínicos y una comunicadora especializada en comunicación para la salud.

Tabla 1: *Entrevistados*

Nombre	Especialización
Sofía Vintimilla	Psicóloga clínica con Máster en Neuropsicología
Alvaro Pacurucu	Psicólogo clínico especializado en Terapia Sistémica
María José Cazco	Psicóloga clínica con Máster en terapias Humanistas Experienciales y Terapia Focalizada en la Emoción - Máster Neuropsicología
Jean Guaman	Psicólogo clínico especializado en Terapia Infanto- juvenil integrativa
Karla Astudillo	Psicóloga clínica con Máster en Psicología de la Intervención Social y

	Comunitaria- Máster en Psicología Jurídica y Forense
Francisco Moreno	Psicólogo clínico especializado en especializado en Terapia Sistémica
Maria Isabel Loaiza	Psicóloga clínica especializada en Psicoanálisis
Wilson Beltran	Psicólogo clínico especializado en Terapia para Adultos Mayores integrativa
Vero Astudillo	Psicóloga clínica especializada en Terapia artísticas y expresivas.
Gabriela Barrera	Psicóloga clínica especializada en Terapia de Integración Sensorial
Gabriela Neira	Psicóloga clínica especializada en Terapia Cognitiva-Conductual
Catalina González	Comunicadora Social con PhD. en Formación de la Sociedad del Conocimiento, Educación y Comunicación

En el estudio cuantitativo participaron 410 personas con el siguiente perfil en cuanto a edad y género:

Tabla 2: *Perfil de la muestra cuantitativa*

GÉNERO	Femenino	58,8%
	Masculino	40,2%
	Sin especificar	1%
EDAD	18-24	70,2%
	25-29	17,1%
	30-35+	12,7%

3.3 Instrumentos de medida

Como se mencionó, el instrumento de medida utilizó varias escalas con probada fiabilidad en estudios previos, de acuerdo con el siguiente detalle:

3.3.1 Autoeficacia Generalizada

La escala de autoeficacia (Véase Tabla 3) de Ralf Schwarzer y Matthias Jerusalem (1995), nos permitió medir el nivel de motivación de nuestro público hacia actuar por su salud mental, en relación con la creencia personal que tenga sobre sus capacidades. El test nos permite entender el nivel de emoción, optimismo, satisfacción personal y si puntúa de forma negativa podemos encontrar indicios de depresión, estrés, ansiedad, entre otros. La escala cuenta con 10 ítems, con calificación tipo Likert de 1 al 4, siendo 1 “nada cierto” y 4 “muy cierto”.

3.3.2 Estigmas hacia pedir ayuda psicológica

Se utilizaron 2 escalas que nos permitieron medir estigmas externos y estigmas internos para pedir ayuda psicológica. Para medir los estigmas externos usamos la escala de *Receiving Psychological Help* de Komiya *et al.* (2000), escala que consta de 5 ítems en una escala tipo Likert del 0 al 3, siendo 0 “totalmente en desacuerdo” y 3 “totalmente de acuerdo”.

Para los estigmas internos, se utilizó la escala de Vogel *et al.* (2006) denominada *Self Stigma of Seeking Help*, con 10 ítems y una escala tipo Likert del 1 al 5, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 5 “muy de acuerdo”.

3.3.3 Intención de pedir ayuda psicológica

Se aplicaron 2 tipos de escalas. El *Mental Help Seeking Intention Scale* (Hammer & Spiker, 2018), que mide la intención de un individuo para pedir ayuda psicológica y se utilizó en nuestro modelo causal, cuenta con 3 ítems en escalas tipo Likert de siete puntos, siendo 1 “extremadamente improbable” y 7 “extremadamente probable” en la primera pregunta, siendo 1 “definitivamente falso” y 7 “definitivamente verdadero” en la segunda, y 1 “totalmente en desacuerdo” y 7 “Totalmente de acuerdo” en la tercera.

La segunda escala, es la *Help-Seeking Topics (Modified from the Intentions to Seek Counseling Inventory)* de Cash *et al.* (1975) que permite entender qué conflictos llevan a un individuo a pedir ayuda psicológica, con 18 ítems, en una escala tipo Likert del 1 al 4, siendo 1 “imposible” y 4 “muy posible”.

Tabla 3

Escalas de medida utilizadas:

Variable	Autores	Ítems
Autoeficacia Generalizada (AE)	Schwarzer y Jerusalem, 1995	<p>- AE1 Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga.</p> <p>-AE2 Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.</p> <p>-AE3 Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.</p> <p>-AE4 Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.</p> <p>-AE5 Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.</p> <p>-AE6 Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.</p> <p>-AE7 Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.</p> <p>-AE8 Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.</p> <p>-AE9 Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.</p> <p>-AE10 Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.</p>
Estigmas hacia pedir ayuda psicológica	Komiya <i>et al.</i> 2000; Vogel <i>et al.</i> 2006	<p>Externos:</p> <p>-ESMEX1 Ver a un psicólogo/a por un problema emocional o interpersonal conlleva un estigma social</p> <p>-ESMEX2 Es un signo de debilidad personal o insuficiencia consultar a un/a psicólogo/a por problemas emocionales o interpersonales.</p> <p>-ESMEX3 Las personas verán a otra persona de una manera menos favorable si llegan a saber que ha visto a un psicólogo/a.</p> <p>-ESMEX4 Es aconsejable esconderse de las personas que han visto a un/a psicólogo.</p> <p>-ESMEX5 A las personas les suelen gustar menos las personas que reciben ayuda psicológica profesional.</p> <hr/> <p>Internos:</p> <p>-ESMIN1 Me sentiría incomodo/a si fuera a un/a terapeuta en búsqueda de ayuda por mi salud mental</p> <p>-ESMIN2 La confianza que tengo por mi mismo/a NO se vería amenazada si busco ayuda de un/a terapeuta</p> <p>-ESMIN3 Buscar ayuda psicológica me haría sentir menos inteligente</p> <p>-ESMIN4 Mi autoestima aumentaría si hablara con un/a terapeuta</p> <p>-ESMIN5 Mi visión de mí mismo/a no cambiaría solo por decidir ver a un/a</p>

		<p>terapeuta</p> <p>-ESMIN6 Pedir ayuda de un\ a terapeuta me haría sentir inferior</p> <p>-ESMIN7 Me sentiría bien conmigo mismo\ a si decidiera buscar ayuda profesional</p> <p>-ESMIN8 Si acudiera a un\ a terapeuta, estaría menos satisfecho\ a conmigo mismo\ a.</p> <p>-ESMIN9 Mi confianza en mí mismo\ a permanecería igual si buscara ayuda para un problema que no pudiera resolver</p> <p>-ESMIN10 Me sentiría peor conmigo mismo\ a si no pudiera resolver mis propios problemas</p>
Intención de pedir ayuda psicológica	Hammer y Spiker, 2018; Cash <i>et al.</i> 1975	<p><i>Mental Help Seeking Intention Scale:</i></p> <p>-IPA1 Si tuviera un problema de salud mental, INTENTARÍA buscar ayuda de un profesional de la salud mental.</p> <p>-IPA2 Si tuviera un problema de salud mental, TRATARÍA de buscar ayuda de un profesional de la salud mental.</p> <p>-IPA3 Si tuviera un problema de salud mental, PLANEARÍA buscar ayuda de un profesional de la salud mental.</p> <hr/> <p><i>Help-Seeking Topics</i></p> <p>A continuación, se muestra una lista de problemas que las personas suelen traer a terapia. ¿Qué tan probable sería que buscaras asesoramiento si tuvieras estos problemas? Marca la respuesta correspondiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Desorden alimenticio -Uso de alcohol excesivo -Preocupación por la sexualidad -Depresión -Conflicto Familiar -Ansiedad -Elegir una especialidad profesional -Lidiar con una lesión grave -Dificultades para dormir -Problemas con drogas -Problemas con la autoestima\confianza -Dificultades con amigos\as -Rendimiento académico -Auto entendimiento -Soledad -Preocupaciones sobre mi imagen corporal -Estrés -Rendimiento deportivo

--	--	--

Además, se incluyeron tres preguntas *ad hoc* para abordar los contenidos en la campaña. La primera, sobre en qué canales les gustaría recibir campañas sobre salud mental, la segunda, sobre las redes sociales que más utilizan y la última, sobre qué tipos de formatos de contenidos les gustaría en redes sociales.

4. RESULTADOS

La fase cualitativa (N= 12) fue de vital importancia para la construcción teórica de la investigación, debido a que nos permitió profundizar en el campo de la psicología, y encontrar puntos en común entre los criterios profesionales sobre el estado de la salud mental de jóvenes cuencanos.

Tal es el caso, que información como los tipos de corrientes, la definición de psicoterapia, psicoeducación y ciertos tipos de problemas de salud mental, se incluyeron por recomendación de los entrevistados. Por ejemplo, en el caso de las corrientes, al investigar encontramos un sin número de tipos, pero se mantuvieron las que se mencionaron en las entrevistas, como la terapia cognitiva- conductual, psicoanalítica, humanista, sistémica y neuropsicológica.

Además, el 100% de los entrevistados en el ámbito de la psicología, mencionó que los problemas de salud mental más comunes son la depresión y la ansiedad. Sobre la ansiedad, el 70% de los entrevistados, afirmaron que la ansiedad está relacionada con el aislamiento debido a la pandemia y el uso desmedido de las redes sociales. Y también, mencionaron que las redes sociales, así como pueden causar un impacto negativo en las personas, también son una herramienta útil al momento de transmitir información eficaz sobre el cuidado de salud mental. Es así, que varios de ellos afirmaron que las redes sociales son las herramientas predilectas para la promoción y sensibilización de campañas sobre salud mental, por lo que afirmaron que influyen en que actualmente exista una mayor predisposición para ir a terapia.

Otro aspecto relevante, es la influencia de la edad y género en el cuidado de la salud mental. En cuando a la edad, el 90% afirmó que no existe una edad específica recomendada para ir a terapia, porque cada etapa de la vida puede ser tratada desde la psicología, sin

embargo, que las edades en las que más suelen asistir son las que denominaron como transitorias, es decir, edades de cambios en la vida humana como el paso a la adolescencia, de la adolescencia a la adultez temprana, comprendida entre los 20's a los 30's y posteriormente de la adultez a la vejez.

En el género, el 90% afirmó que sí existe una diferencia en el cuidado de la salud mental entre hombres y mujeres, porque los hombres suelen tener más problemas en pedir ayuda debido a estereotipos de género sobre el cuidado de salud mental.

Ahora bien, para obtener los resultados cuantitativos de las (n=410 encuestas), se realizó un análisis descriptivo de las escalas y luego se testeó el modelo causal propuesto, en el que, para determinar qué tan válido y fiable es el instrumento, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC).

4.1 Análisis descriptivo

4.1.1 Autoeficacia Generalizada

Esta escala muestra que los encuestados se encuentran en un nivel de autoeficacia moderado, tendiendo a un nivel positivo en donde puntúan $M=2,96$; $DT=0,33$.

Entre los ítems de la escala, encontramos que los encuestados tendieron a responder en lo moderadamente cierto (47,3%) y muy cierto (25,1%) sobre que creen poder obtener lo que quieren, aunque tengan oposiciones. El 50% considera poder resolver problemas difíciles si se esfuerzan lo suficiente. También, el 45,4% afirma de manera moderada que se les facilita el persistir en lo que se han propuesto para alcanzar sus metas. Y, en cuanto a su confianza para manejar acontecimientos inesperados, los hombres (80,7%) se encuentran más confiados en estas situaciones a diferencia de las mujeres (64,4%), sin embargo, estos datos probaron no ser significativos.

4.1.2 Estigma hacia pedir ayuda psicológica

El nivel de estigma externo de los encuestados es de $M=1,65$; $DT=0,09$, es decir, que tienen un nivel de estigma bajo a nivel social sobre pedir ayuda psicológica. Por otra parte, el nivel de estigma interno de los encuestados se encuentra en una media más alta ($M= 2,62$; $DT=0,85$) por lo que tendrían un mayor estigma social interno que externo.

El 64,4% se encuentran en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con que ir al psicólogo conlleva un estigma social, y un 88% no cree que el hecho de ir se considere un signo de debilidad. El 77% considera que otras personas no verán de manera menos favorable a alguien si llegasen a saber que ha visitado a un psicólogo, y el 92,2%, están en desacuerdo que se aconseje esconderse de las personas que han visitado a un psicólogo.

Además, el 67,8% de las personas están de acuerdo que se sentirían cómodos consigo mismos si decidieran buscar ayuda, donde el 53,1% creen que su autoestima aumentaría si hablara con un terapeuta, de los cuales el 62,2% son mujeres y el 40% son hombres. Existe una significancia alta entre el estigma externo y el género ($p=0,002$). Por el contrario, la relación entre el género y el estigma interno no fue significativa.

4.1.3 Intención de pedir ayuda psicológica

La medición de la escala de intención de pedir ayuda ($M= 6,09$; $DT=0,002$) demuestra que las personas sí tienen intención de pedir ayuda en caso de tener un problema. Esta escala cuenta con 3 ítems, el primero, tiene que ver con intentar pedir ayuda psicológica, en el que el 56% de los encuestados afirma que lo haría, siendo el 62,8% mujeres y el 46,3% hombres.

El segundo ítem, está relacionado con tratar de pedir ayuda, es decir, tomarlo de forma más personal, en el cual el 57,8% aseguró que lo haría, donde el 63,2% son mujeres y el 50,3% hombres.

Además, el 56,5% de los entrevistados afirmó que planearía la búsqueda de ayuda, es decir, tomaría acción; de los cuales 65% fueron mujeres y el 44,8% hombres. Esta diferencia en la intención de pedir ayuda por género resultó ser significativa ($p=0,007$).

Por otro lado, se midió la intención de pedir ayuda dependiendo de la problemática ($M=2,88$; $DT=0,11$), en donde los problemas por los que la mayoría consideraría buscar ayuda son la depresión (64,6%) y ansiedad (59,3%). Estas problemáticas son vistas con mayor relevancia para buscar ayuda por parte de las mujeres con un 89,6% hacia la depresión, y un 88,7% hacia la ansiedad. Los hombres también encuentran importante buscar ayuda en un 75,7% hacia la depresión y un 74,6% hacia la ansiedad.

Más del 40% consideran al uso de alcohol (40,7%), los conflictos familiares (45,1%), problemas con la autoestima (46,3%), el estrés (46,8%) y problemas con las drogas (50,2%) como factores que los incitaría a pedir ayuda.

Menos del 40% consideran que pedirían ayuda psicológica en caso de experimentar problemas con la soledad (40%), auto entendimiento (38,3%), desórdenes alimenticios (36,3%), preocupaciones sobre la imagen corporal (34,9%) y la sexualidad (28,5%), dificultades para dormir (27,8%), lidiar con una lesión grave (27,3%), dificultad con amigos (22,4%), rendimiento académico (21,7%), elegir una especialidad profesional (17,6%) y rendimiento deportivo (17,3%).

4.1.4 Preferencia mediática

En cuanto a la preferencia de los medios y contenidos para la difusión de las campañas, los participantes prefieren casi en su totalidad (85,4%) consumir contenido sobre

salud mental en redes sociales, de las cuales, muestran mayor interés en Instagram (75%), Facebook (44,1%) y Tik Tok (37,8%). Así mismo, el tipo de contenido que prefieren para ver campañas de salud mental son historias - reels - videos en Tik Tok (56,6%) junto con post explicativos y cortos (50%).

4.2 Análisis factorial confirmatorio

Para evaluar el instrumento de medida se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC). Con los resultados verificamos si el modelo planteado encaja o no con la realidad, para eso revisamos los indicadores de ajuste, los mismos que se encuentran dentro de los rangos deseables al tener un RMSEA inferior a 0.08, y un CFI superior a 0.90 (Hair *et al.*, 2010) (Ver Tabla 4). En vista de que algunas de las cargas estandarizadas estaban muy por debajo de lo esperado, se reespecificó el modelo eliminando estas cargas, lo cual es frecuente ya que las escalas son socialmente sensibles.

Con el modelo reespecificado se verificó la fiabilidad del instrumento de medida a través del coeficiente de alpha de Cronbach (CA) (Cronbach, 1951), fiabilidad compuesta (CR) y varianza extraída promedio (AVE) (Fornell y Larcker, 1981), los resultados indican que el instrumento tiene consistencia interna ya que todas sus CA y CR se encuentran sobre 0.70, y sus AVE sobre 0.50, con lo cual podemos afirmar que existe fiabilidad en el instrumento de medida como se observa en la Tabla 4.

Tabla 4. *Determinantes de la intención de pedir ayuda psicológica*

VARIABLES	INDICADORES	CARGAS ESTANDARIZADAS	VALOR t	CA	CR	AVE
Autoeficacia	AE2	0.671**	14.787	0.91	0.91	0.54
	AE3	0.614**	13.198			
	AE4	0.728**	16.517			
	AE5	0.774**	18.013			
	AE6	0.699**	15.625			
	AE7	0.786**	18.431			
	AE8	0.745**	17.046			
	AE9	0.796**	18.769			
	AE10	0.764**	17.663			
	Estigmas externos salud mental	ESMEX2	0.713**			
ESMEX3		0.629**	13.010			
ESMEX4		0.804**	17.918			
ESMEX5		0.698**	14.860			
ESMIN1		0.642**	13.611			
Estigmas internos salud mental	ESMIN3	0.832**	19.377	0.84	0.84	0.57
	ESMIN6	0.762**	17.103			
	ESMIN8	0.781**	17.720			
	IPA1	0.906**	23.065			
Intención de pedir ayuda	IPA2	0.956**	25.253	0.92	0.92	0.80
	IPA3	0.824**	19.972			

N = 410; χ^2 (164df) = 451.32 ($p > .05$); NFI = 0.90; NNFI = 0.93; CFI = 0.94; IFI = 0.94; RMSEA = 0.06
Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$.; CA = α de Cronbach; CR = fiabilidad compuesta; AVE = varianza extraída promedio.

Observamos también que el instrumento tiene validez convergente, es decir que los ítems de las escalas están significativa y fuertemente correlacionados, ya que las cargas de todos los ítems de los factores son significativas y de manera individual son superiores a 0.60, o en promedio por factor tienen valores superiores a 0.70 (Bagozzi y Yi, 1988).

En cuanto a la validez discriminante, que hace referencia al grado en que un constructo es realmente distinto a los demás del instrumento, se midió con el test del intervalo de confianza de Anderson y Gerbing (1988), y con el Test de la varianza extraída de Fornell y Larcker (1981).

Encontramos, como era de esperar, que dicha validez existe en los constructos utilizados, salvo entre los estigmas externos e internos de salud mental, ya que ambos estigmas son parte de un mismo constructo (Estigmas de la salud mental), por lo tanto, no puede haber validez discriminante entre ellos. Esto se puede observar en la Tabla 5 en vista de que el intervalo de confianza entre F2 y F3 contiene a la unidad.

Tabla 5. Validez discriminante e intervalos de valor

	1	2	3	4
1. Autoeficacia	0.54	0.03	0.05	0.04
2. Estigmas ext salud mental	(-0.29;-0.07)	0.51	0.54	0.03
3. Estigmas int salud mental	(-0.34;-0.13)	(0.05;1.41)	0.57	0.09
4. Intención de pedir ayuda	(0.10;0.30)	(-1.28;0.91)	(-0.41;-0.21)	0.80

Notas: En la diagonal encontramos las varianzas extraídas, en el triángulo inferior el intervalo de confianza entre los indicadores, y en el triángulo superior encontramos las correlaciones al cuadrado.

4.3 Testeo de Hipótesis

En cuanto al testeo de las hipótesis, encontramos que, a mayor autoeficacia, menos estigmas de salud mental, relación que se corrobora tanto con los estigmas externos, como con los internos, por lo tanto, se aceptan H1a ($\beta = -0.196$, $p < 0.01$) y H1b ($\beta = -0.250$, $p < 0.01$). Mientras que en el caso de la relación entre estigmas de salud mental y la intención de pedir ayuda, encontramos que, en el caso de los estigmas externos, la relación no es significativa, por lo tanto, H2a se rechaza ($\beta = 0.010$, ns), sin embargo, los resultados demuestran que, a mayor estigma interno de salud mental, disminuye la intención de pedir ayuda, con lo que se acepta H2b ($\beta = -0.290$, $p < 0.01$). Finalmente, se acepta la H3 ($\beta = 0.134$, $p < 0.05$) al comprobarse que, a mayor autoeficacia, mayor intención de pedir ayuda, como se puede observar en la Tabla 6.

Tabla 6. Testeo de Hipótesis

Testeo de Hipótesis				
Hipótesis			β estandarizado	Valor t
H1a	+ Autoeficacia	→ - Estigmas ext salud mental	-0.196**	-3.326
H1b	+ Autoeficacia	→ - Estigmas int salud mental	-0.250**	-4.252
H2a	+ Estigmas ext salud mental	→ - Intención pedir ayuda	0.010	0.186
H2b	+ Estigmas int salud mental	→ - Intención pedir ayuda	-0.290**	-4.995
H3	+ Estigmas int salud mental	→ - Intención pedir ayuda + Autoeficacia + Intención pedir ayuda	0.134*	2.457

X^2 (165df) = 623.87; ($p < .05$); RMSEA (90% CI) = 0.083 (0.076,0.090); CFI=.90; NNFI=.88
** $p < .01$; * $p < .05$

4.4 Propuesta de Campaña:

Con estos resultados se procedió a plantear la propuesta de campaña (Véase Anexo 3). Que incluye objetivo, segmentación de público que va de acuerdo con lo estudiado en la investigación, así como, los canales en los que se aplicará la campaña como Instagram, Facebook y Tik Tok, junto a estrategias de comunicación persuasiva obtenidas en la investigación bibliográfica.

Los contenidos propuestos se relacionan con lo obtenido en la metodología cuantitativa y cualitativa. Además, cuenta con el planning de estrategia dentro de un mes y la propuesta a nivel gráfica que debería tener, como tipografías y paletas de colores.

5. DISCUSIÓN

Según Bozdağa y Çuhadarb (2021) existe una relación directa entre autoeficacia y la estigmatización hacia la salud mental, debido a que las personas con una alta autoeficacia presentan actitudes más positivas hacia enfermedades mentales, un mejor manejo de crisis, la disminución de síntomas depresivos, ansiosos y una menor estigmatización (Ayar *et al.*, 2020).

Hecho que se corrobora con los resultados de esta investigación al cumplirse la hipótesis H1a y H1b, en la que, a mayor autoeficacia, menores son los estigmas tanto externos como internos. El nivel de autoeficacia de nuestros encuestados tiene un punto moderado tendiendo a lo positivo ($M=2,96$; $DT=0,33$) y los estigmas externos ($M=1,65$; $DT=0,092$) e internos ($M=2,62$; $DT=0,85$). son bajos, especialmente, los externos que denota una diferencia significativa.

Ahora bien, Vogel *et al.* (2017) mencionan que el estigma interno es el causante de más conflictos en la persona a la hora de pedir ayuda psicológica, en contraste del estigma externo, porque se ha probado, empírica y teóricamente, que este último es un paso anterior para desarrollar estigmas internos. Mascayano *et al.* (2015) encontraron resultados similares, y afirmaron que el problema con los estigmas internos es que se incorporan en el proceso de significación personal estereotipos y prejuicios sociales. En este contexto, tiene sentido que

no se comprobara la hipótesis H2a y sí la H2b, porque son los estigmas internos los que tienen una mayor influencia en la falta de intención por pedir ayuda.

Mascayano *et al.* (2015) recomiendan estrategias de intervención específicas para reducir estos estigmas, como los “programas de empoderamiento personal” que implica potenciar los recursos personales de cada persona, especialmente en personas con enfermedades mentales, para generar mayor autovalencia y control de sus vidas. También, se recomienda aplicar la terapia cognitivo-conductual (TCC) porque este tipo de terapia ayuda a aumentar la autoestima, la autoeficacia, el bienestar subjetivo y reducir las creencias negativas asociadas a las enfermedades mentales.

Schwarzer y Jerusalem (1995) mencionan que, si la escala de autoeficacia generalizada tuviera un puntaje bajo, serían indicios de depresión y ansiedad, debido a que los individuos deprimidos se sienten menos capaces de alcanzar las metas asumidas (Villamarín, 2013). Los resultados arrojaron que nuestros encuestados tienen un punto moderado tendiendo a lo alto ($M=2,96$; $DT=0,33$), por lo no se puede afirmar que pudieran padecer dichos problemas.

Además, que el nivel de autoeficacia sea positivo tiene sentido con los resultados de una alta intención por pedir ayuda psicológica, y la comprobación de la hipótesis H3, porque Colvin (2012) demostró que la intención de buscar ayuda tiene una relación positiva y significativa con la autoeficacia, es decir que, cuanto mayor sea la autoeficacia del individuo, mayor será la fuerza de la intención de buscar ayuda (Naumova, 2022), datos que se corroboran en nuestro estudio.

Ahora bien, según la Organización Panamericana de Salud (2020) y Tusev *et al.* (2020) los problemas más usuales de salud mental en el Ecuador son la depresión y la ansiedad, hecho que es confirmado por los entrevistados en la fase cualitativa, y, de acuerdo con los resultados cuantitativos en la escala de intención de pedir ayuda, la depresión (64,6%) y la ansiedad (59,3%) son los problemas más usuales por los cuales tomarían acción.

Otro punto clave y que demostró ser significativo en la intención de pedir ayuda ($p=0,007$) y los estigmas externos ($p=0,002$) es el género. Gaibor y Moreta (2020) al estudiar los problemas de salud mental en ecuatorianos de 17 a 39 años, encontraron que existe una diferencia entre hombres y mujeres, en donde, las mujeres tienen una mayor tendencia a mostrar problemas, especialmente de ansiedad. A su vez, Arenas y Puigcerver (2009) afirman

que la diferencia en la salud mental en el género se debe a factores psicosociales y socioculturales, en los que las mujeres tienen una tendencia menos favorable.

Las mujeres puntuaron más alto sobre pedir ayuda y tener menos estigmas, dato que se relaciona con los resultados expuestos por Tubay (2020) en donde tres universidades y un grupo de bomberos ecuatorianos recibieron ese año 1.123 llamadas de personas que buscaban ayuda psicológica, en las cuales el 693 fueron de mujeres, es decir, el (el 61,7 %).

Según Bermúdez (2020) como se citó en Tubay (2020), esto se debe a que las mujeres sienten más libertad que los hombres para expresar sus miedos, debilidades y problemas. Blanco *et al.* (2012) a su vez, aseguran que las mujeres suelen mostrar una mayor predisposición a comunicar sus emociones, por ende, realizar la acción de buscar ayuda y, como se demuestra en nuestros resultados, aunque las mujeres sean las que más tienen signos de depresión y ansiedad, son las que más buscan tratamiento.

También, al analizar los estigmas, las mujeres muestran porcentajes más bajos, tanto en los externos como internos que los hombres, lo cual puede favorecer su predisposición a buscar ayuda psicológica como lo demuestra Tubay (2020).

Para finalizar, las personas muestran una preferencia mediática hacia redes sociales, preferentemente Instagram, Facebook y Tik tok, hecho que va acorde al rango de edad de los encuestados y a los datos presentados por la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (2019) como se citó en Rodríguez (2020). En las que las redes sociales como Facebook e Instagram son las más utilizadas en Ecuador, con un público especialmente joven. Con Tik Tok, aunque sigue siendo una red social relativamente nueva, hasta el 202, contaba 2 300 000 usuarios registrados, de los cuales el 34% tienen de 18 a 24 y el 30% de 25 a 34 (Primicias, 2021) y según Tien (2021) tik tok es la red social que se perfila como una de las redes sociales más importantes en el área del marketing.

En cuanto al tipo de contenido que prefieren en las campañas sobre salud mental, se destacan los reels de Instagram y videos de Tik tok, que como menciona Tomas (2022) este tipo de contenido cobró especial relevancia en 2020 y se ha convertido en uno de los formatos estrella de redes sociales por los beneficios que aporta como un mayor ROI y conversión usuario a cliente.

6. CONCLUSIONES

Los resultados arrojados en esta investigación nos dicen que las personas entre 18 a 35 años de la ciudad de Cuenca, cuentan con una autoeficacia moderadamente positiva, es decir que en su mayoría se siente bien consigo misma y sienten satisfacción con sus capacidades para resolver problemas. Además, al mostrar niveles aceptables de autoeficacia, también reflejan niveles bajos de estigmatización, ya que estos han mostrado una relación significativa.

Por un lado, en la parte del estigma externo, los encuestados no tienen ideas o pensamientos negativos hacia las personas que acuden al psicólogo y en su mayoría no creyeron que sea una debilidad asistir, sin embargo, cuando se revisaron los resultados del estigma interno, la perspectiva de verse acudiendo a terapia por algún problema interno hizo que el nivel del estigma aumentará, es decir, para las personas es más fácil percibir sin ninguna estigmatización a otras personas más que así mismos, así que en la propuesta de campaña esto es en lo que se debe trabajar.

Aunque el estigma externo se encontró en niveles bajos, se demostró que este no tiene una incidencia significativa en la intención de las personas por querer buscar ayuda psicológica. Por otro lado, la estigmatización interna que tienen las personas hacia ellas mismas con respecto a su salud mental sí resultó significativa hacia la intención de querer o no pedir ayuda, es decir que las personas con estigmas internos bajos tienen mayor predisposición a buscar y pedir ayuda.

Ante estos resultados, es necesario recalcar que a lo largo del análisis de los resultados se encontró diferencias significativas en el género dentro de la intención de pedir ayuda y estigmas de los encuestados. Las mujeres respondieron con menor estigma hacia la salud mental y mayor predisposición en la búsqueda de ayuda, a diferencia de los hombres, que, pese a no mostrar estigmas altos, tienen una menor predisposición hacia la búsqueda de ayuda.

Para finalizar, la propuesta de campaña se llevaría a cabo en redes sociales, específicamente Instagram, Facebook y Tik tok, ya que prefieren consumir contenido en redes sociales y estas son las más usadas por los usuarios. Las estrategias de comunicación persuasiva a implementar son: Testimonios, *Sympathetic narratives*, mensajes que destacan las barreras estructurales para el tratamiento de la salud mental y uso de líderes de opinión.

Además, el contenido en el que se implementen las estrategias serían los tipos de terapia como la Cognitiva Conductual por el tema de estigma, así como, se hablaría de los

beneficios de acudir a los programas de empoderamiento personal, los estereotipos de género, enfermedades de salud mental y su porqué, entre otros.

También, los mensajes a nuestro público tendrían una segmentación en función del género. En el que para el femenino utilizaríamos el empoderamiento, lo que implica la ansiedad y la depresión. Para los hombres, se comunicará más sobre la importancia de pedir ayuda y eliminar estigmas de salud mental.

Este contenido será difundido mediante *reels* en Instagram, videos en Tik tok y post cortos explicativos sobre el cuidado y la importancia del cuidado de la salud mental.

REFERENCIAS

- Ackerman, C. (2022). *What is Self-Efficacy Theory in Psychology?* PositivePsychology.com. <https://positivepsychology.com/self-efficacy/>
- Agnafors, S., Barmark, M., y Sydsjö, G. (2020). Mental health and academic performance: a study on selection and causation effects from childhood to early adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(5), 857–866. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01934-5>
- Aguirre, A. (2017). *Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones*. Ministerio de Salud Pública. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/06/Salud-mental.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Anderson, J. C., y Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological bulletin*, 103(3), 411.
- Andreasen, A. (2002). Marketing Social Marketing in the Social Change Marketplace. *Journal of Public Policy & Marketing*, 21(1), 3–13. SAGE Journals. <https://doi.org/10.1509/jppm.21.1.3.17602>
- Andrews, G., Issakidis, C., y Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry*, 179(5), 417–425. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.5.417>
- Aparecido, G., y Silva, D. (2020). Pessoas com esquizofrenia: percepção acerca da discriminação e do estigma. *Research, Society and Development*, 9(3), p. e78932444. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2444>
- Araujo, P., João, M., y Pisco, A. (2021). Instagram como herramienta de salud pública: un estudio sobre América del Sur. *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación*, 1(53), 63-81. <https://doi.org/10.12795/ambitos.2021.i53.04>

- Arellano, Morales (2014). Factores asociados al Perfil Psicopatológico: Estudio en madres de Zámbriza. *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 3(1), 11–15.
- Arenas, M., y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 3(1), 20–29. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v3i1.13331>
- Asociación Psicoanalítica mexicana. (2018). *¿Qué es el Psicoanálisis? | APM*. Asociación Psicoanalítica Mexicana.
<https://asociacionpsicoanaliticamexicana.org/que-es-el-psicoanalisis/>
- Ayar, D., Bektas, M., Ünalp, A., Edizer, S., Yalçintuğ, F. M., y Güdeloğlu, E. (2020). The association between seizure self-efficacy of children with epilepsy and the perceived stigma. *Epilepsy & Behavior*, 110, 107141.
<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107141>
- Bagozzi, R.P. y Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equations models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 16 (1), 74-94.
- Baños, R., Herrero, R., y Vara, M. (2022). What is the Current and Future Status of Digital Mental Health Interventions? *The Spanish Journal of Psychology*, 25, E5.
doi:10.1017/SJP.2022.2
- Barrenetxea, U. (2016). Estigma y prejuicio de la salud mental en estudiantes de enfermería. *Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria*.
- Basile, S., Carrasco, M., y Martorell, J. (2015). Preocupaciones excesivas en la adolescencia: descripción, evaluación y tratamiento de un caso de ansiedad generalizada. *Clínica y Salud*, 26(3), 121-129. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.001>
- Blanco, H., Ornelas, M., Aguirre, J., y Guedea, J. (2012). Autoeficacia percibida en conductas académicas: diferencias entre hombres y mujeres. *Revista mexicana de investigación educativa*, 17(53), 557–571.

- Briggs, C. (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*, 14, 101-124.
- Bozdağ, N., y Çuhadar, D. (2021). Internalized stigma, self-efficacy and treatment motivation in patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 27(2), 174–180.
<https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1916846>
- Camacho, J. (2006). Panorámica de la Terapia Sistémica. *Fundación Foro*, 1(1), 1-28.
- Centro de Terapia Sistémica con Aval Internacional*. (2021). Escuela Sistémica del Ecuador Rimana. <https://rimana.ec>
- Cash, T., Begley, P., McCown, D., y Weise, B.(1975). When counselors are heard but not seen: Initial impact of physical attractiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 273-279.
- Clínica Universidad de Navarra. (2021). *Adicción psicológica. Diccionario médico*. Clínica Universidad de Navarra.
<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/adiccion-psicologica>
- Cronbach, L. (1951). Coeficient alpha and the internal structure of tests*. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Crowe, T. (2021). Factors Associated with Help-Seeking and Self-Efficacy among a Sample of Deaf Adults. *J Dev Phys Disabil* 33, 51–63.
<https://doi.org/10.1007/s10882-020-09739-9>
- Collins, R., Wong, E., Breslau, J., Burnam, M., Cefalu, M., y Roth, E. (2019). Social Marketing of Mental Health Treatment: California’s Mental Illness Stigma Reduction Campaign. *American Journal of Public Health*, 109(S3), S228-S235.
<https://doi.org/10.2105/ajph.2019.305129>
- Confederación Salud Mental España. (2015). Estudio "Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. *Confederación Salud Mental España*, 1, 21–24.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>

- Colvin, T. (2012). The Role of Academic Help-Seeking Attitudes, Achievement Goal Orientations, and Dissertation Self-Efficacy in Dissertation Progress, *The University of Memphis*, Memphis.
- De Luca, J. (2019). Conceptualizing Adolescent Mental Illness Stigma: Youth Stigma Development and Stigma Reduction Programs. *Adolescent Research Review*, 5(2), 153–171. <https://doi.org/10.1007/s40894-018-0106-3>
- Derin, T., Sari, M., Saltri, R., Gowasa, N., y Hamuddin, B. (2020). Persuasive Communication: What Do Existing Literature Tells Us About Persuasive Communication Among Students? *Utamax : Journal of Ultimate Research and Trends in Education*, 2(1), 12-18. <https://doi.org/10.31849/utamax.v2i1.3468>
- Echeburúa, E., Karmele, S., de Corral, P., y Polo, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 247-256.
- Estarellas, C., Pérez, J., Ochoa, T., Gálvez, P., y Campo, Á. (2021). 'Que sume y no reste', la campaña de salud mental de la USFQ. Dialoguemos. <https://dialoguemos.ec/2021/11/que-sume-y-no-reste-la-campana-de-salud-mental-de-la-usfq/>
- Evidencia Emergente, Práctica. Informe Compendiado. Ginebra: OMS. 2004
- Fernández, A., Pérez, C., Méndez, V., Fernández, C., Méndez A., y Calero, S. (2017). Marketing social y su influencia en la solución de problemas de salud. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(3), 1-11.
- French, J., y Gordon, R. (2015). *Strategic Social Marketing*. SAGE Publications.
- Froján, M. (2011). Introducción: ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos? *Clinica y Salud*, 22(3), 201-204. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a1>
- Fornell, C., y Larcker, D. F. (1981). Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error: Algebra and Statistics. *Journal of Marketing Research*, 18(3), 382–388. <https://doi.org/10.2307/3150980>

- Fullana, M., Fernández de la Cruz, L., Bulbena, A., y Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>
- Gaibor, I., y Moreta, R. (2020). Optimismo disposicional, ansiedad, depresión y estrés en una muestra del Ecuador. Análisis inter-género y de predicción. *Actualidades en Psicología*, 34(129), 17-31. <https://doi.org/10.15517/ap.v34i129.35148>
- García, A., y López, A. (2021). Psicoterapia centrada en la persona y estrés postraumático: un caso de violencia sexual. *Teoría y Práctica: Revista Peruana De Psicología CPsP-CDR-I*, 3(1), 1-5. <http://www.revistateoriaypractica.com/index.php/rtyp/article/view/37/36>
- García, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V., y Oblitas, G. (2008). Panorama de la Psicología Clínica y de la salud. *CES Psicología*, 1(1), 70-93.
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Gómez, B. (2020). Terapia cognitiva para trastornos psicológicos asociados a enfermedades físicas crónicas. *Asociación de Psicoterapia de la Republica Argentina (APRA)*, 1(2), 1-16.
- Gómez, C., Mijan de la Torres, A., Palma, S., Rodriguez, P., Matia, P., Loria, V., y Martin-Palmero, A. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), 489-494.
- Guilliver, A., Griffith, K., y Cheistenesen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(113). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Gold, R. S., Auld, M. E., Abrams, L. C., Smyser, J., Yom-Tov, E., y Allegrante, J. P. (2019). Digital Health Communication Common Agenda 2.0: An Updated Consensus for the

- Public and Private Sectors to Advance Public Health. *Health Education & Behavior*, 46(2), 124S-128S. <https://doi.org/10.1177/1090198119874086>
- Hair, J., Black, W., Babin, B., y Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). Pearson.
- Hammer, J., Parent, M., y Spiker, D. (2018). Mental Help Seeking Attitudes Scale (MHSAS): Development, reliability, validity, and comparison with the ATSPPH-SF and IASMHS-PO. *Journal of Counseling Psychology*, 65, 74-85.
<http://dx.doi.org/10.1037/cou0000248>
- Hammer, J. H., y Spiker, D. A. (2018). Dimensionality, reliability, and predictive evidence of validity for three help seeking intention instruments: ISCI, GHSQ, and MHSIS. *Journal of Counseling Psychology*, 65, 394-401.
<http://dx.doi.org/10.1037/cou0000256>.
- Hernández, N. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Editorial Libros en Red
- Husain, W. (2019). Barriers in Seeking Psychological Help: Public Perception in Pakistan. *Community Mental Health Journal*, 56(1), 75-78. DOI: 10.1007/s10597-019-00464-y
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2021). *HTMC impulsa campaña de salud mental como prioridad en época de COVID-19*. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). <https://goo.su/cWNJu>
- International Psychoanalytical Association. (2021). *About Psychoanalysis*. International Psychoanalytical Association.
https://www.ipa.world/IPA/IPA_Docs/About%20Psychoanalysis.pdf
- International Union for Health Promotion and Education. (2021). *Critical Actions for Mental Health Promotion*; IUHPE.
https://www.researchgate.net/publication/352902378_Critical_Actions_for_Mental_Health_Promotion

- Julipi, J. (2019). *¿Qué es la Neuropsicología? Psicología de Madrid*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <https://www.copmadrid.org/wp/que-es-la-neuropsicologia/>
- Komiya, N., Good, G., y Sherrod, N., (2000). Emotional Openness as a Predictor of College Students' Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help. *Journal of Counseling Psychology*. 47. 138-143. 10.1037/0022-0167.47.1.138.
- Laguna, V., Camón, R., Requejo, B., y Romera, A. (2019). Sobre el psicoanálisis y las psicoterapias de orientación psicoanalítica. *Apuntes de Psicología*, 37(1), 69-77.
- Lee, N., y Kotler, P. (2016). *Social Marketing: Changing Behaviors for Good*. SAGE Publications.
- Lemes, C., y Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28. <https://doi.org/10.9788/tp2017.1-02>
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53–58. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.007>
- McGinty, E., Pescosolido, B., Kennedy, A., y Barry, C. (2018). Communication Strategies to Counter Stigma and Improve Mental Illness and Substance Use Disorder Policy. *Psychiatric Services*, 69(2), 136-146. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700076>
- Medina, J. (2014). *Master Dircom los profesores tienen la palabra*. DESING.
- Mendive, D. (2008). *Marketing Social. Manual Práctico*. De los Cuatro Vientos.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-2017. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232003000100014>
- Mental Health America. (2021). *The State of Mental Health in America*. Mental Health America. <https://www.mhanational.org/issues/state-mental-health-america>

Michaels, P., Morris, S., Corrigan, P., Rafacz, J., y Rüsç, N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963–973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>

Ministerio de Salud Pública. (2018a), *¿Cuál es el estado de la salud mental en Ecuador?*.

Recuperado de:

<https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/estado-saludmental-ecuatorianos>

Ministerio de Salud Pública. (2018b), *¿Cuál es el estado de la salud mental en Ecuador?*.

Recuperado de:

<https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/estado-saludmental-ecuatorianos>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*.

facilitado por la OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44000>

NAMI. (2021). *Pledge to Be StigmaFree* | NAMI: National Alliance on Mental Illness.

<https://www.nami.org/Get-Involved/Pledge-to-Be-StigmaFree>

Nascimento, A., y Leão, A. (2019). Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 26(1), 103-121.

<https://doi.org/10.1590/s0104-59702019000100007>

National Academies of Sciences y Medicine. (2016). *Ending Discrimination Against People with Mental and Substance Use Disorders: The Evidence for Stigma Change* (Illustrated ed.). National Academies Press.

Naumova, K. (2022). «I could easily get professional help if I wanted to»: Professional help-seeking intentions and the Theory of planned behaviour. *Psihologija*, 00, 6.

<https://doi.org/10.2298/psi210812006n>

Neuron Psicología. (2021). *Neuropsicología: qué es funciones del neuropsicólogo*. Neuron Psicología.

<https://neuronpsicologia.com/investigacion/neuropsicologia-que-es-historia-funciones-neuropsicologo/?currency=USD>

- Novillo, D., y Hernández, T. (2017). Social media in public health: an analysis of national health authorities and leading causes of death in Spanish-speaking Latin American and Caribbean countries. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17(1).
<https://doi.org/10.1186/s12911-017-0411-y>
- Olivari, C., y Casañas, R. (2020). Relevancia de la alfabetización en salud mental para adolescentes en tiempos del covid-19. *Cuadernos de Neuropsicología*, 14(3), 20-26.
- OMS. (2020). *he impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>
- OMS. (2016). *Depresión*. En OMS. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- OMS. (2021). *Abuso de sustancias*. World Health Organization.
<https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, evidencia emergente y practica*.
<https://www.alansaludmental.com/promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/documentos-oms-sobre-promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Depresión*. World Health Organization.
<https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). «*Depresión: hablemos*», dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Pan American Health Organization / World Health Organization.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La comunicación para la salud ocupa un estand en la sede de la OPS*. Pan American Health Organization / World Health Organization.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14706:communication-for-health-booth-displayed-at-paho-headquarters&Itemid=815&lang=es

Organización Mundial de la Salud. (2020, 5 octubre). *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services*. World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Salud Mental Perfil del País- Ecuador - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-mental-perfil-pais-ecuador>

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Ministerio de Salud Pública del Ecuador, y Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD). (2015). *Evaluación del Sistema de Salud Mental en Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS*.

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., y Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232–235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>

Pace, K., Silk, K., Nazione, S., Fournier, L., y Collins, J. (2016). Promoting Mental Health Help-Seeking Behavior Among First-Year College Students. *Health Communication*, 33(2), 102-110. <https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1250065>

Páez, J. (2016). *Influencia Directiva y Persuasión Comercial*. Bussines & Marketing School ESIC.

Parrott, S., Billings, A., Buzzelli, N., y Towery, N. (2019). “We All Go Through It”: Media Depictions of Mental Illness Disclosures From Star Athletes DeMar DeRozan and Kevin Love. *Communication & Sport*, 9(1), 33-54. <https://doi.org/10.1177/2167479519852605>

Pazmiño, C. (2020). *Activamente: un proyecto para cuidar la salud mental de los jóvenes*. Gk.city. <https://gk.city/salud-mental-jovenes-pandemia-activamente/>

Pfefferbaum, B., y North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510–512. <https://doi.org/10.1056/nejmp2008017>

- Posada, S., Souza, M., Preciado, J., y Barreto, M. (2022). Las Redes Sociales y su Influencia en la Salud Mental de los Estudiantes Universitarios: Una Revisión Sistemática. *ReiDoCrea: Revista electrónica de investigación Docencia Creativa*, 1(4), 270-283. <https://doi.org/10.30827/digibug.72270>
- Pratkanis, A., y Aronson, E. (1994). *La era de la propaganda: uso y abuso de la persuasión* (Vol. 1). Paidós.
- Primicias. (2021). *En Ecuador, el 78,7% de los ciudadanos usa redes sociales*. <https://www.primicias.ec/noticias/tecnologia/14-millones-ecuatorianos-usuarios-redes-sociales/>
- Puerta, J., y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., y Waite, P. (2020). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 183–211. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4>
- R&A Psicólogos. (2021). *Psicoanálisis | Terapia psicoanalítica, psicoanalistas*. R&A Psicólogos. <https://www.ryapsicologos.net/psicoanalisis-terapia-psicoanalitica/>
- R&A Psicólogos. (2022). *Terapia Sistémica Breve en CDMX|Psicólogos Sistémicos*. R&A Psicólogos. <https://www.ryapsicologos.net/terapia-sistemica-breve/>
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., y Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218-251. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>
- Rimana Escuela Sistémica del Ecuador. (2021). *Terapeutas en Quito | Centro de Terapia Sistémica con Aval Internacional*. <https://rimana.ec>
- Riveros, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu*, 12(2), 135-186.

- Rodríguez, A. (2020). *¿Cuáles son las redes sociales preferidas por los ecuatorianos? El Comercio*.
<https://www.elcomercio.com/tendencias/redes-sociales-preferidas-ecuador-tecnologia.html>
- Roberge, P., Dezetter, A., Menear, M., Duhoux, A., Chartrand, M., y Fournier, L. (2015). Reasons and Determinants for Perceiving Unmet Needs for Mental Health in Primary Care in Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(6), 284-293. SAGE Journals.
<https://doi.org/10.1177/070674371506000607>
- Rosal, R. (2017). Logros, errores y responsabilidades para el futuro de la Psicología Humanista. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 85-126.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v28i107.171>
- Royal College of Psychiatrists. (2009). *La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM).
<https://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>
- Santini, Z. I., Becher, H., Jørgensen, M. B., Davidsen, M., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Madsen, K. R., Meilstrup, C., Koyanagi, A., Stewart-Brown, S., McDaid, D., y Koushede, V. (2021). Economics of mental well-being: a prospective study estimating associated health care costs and sickness benefit transfers in Denmark. *The European Journal of Health Economics*, 22(7), 1053–1065.
<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01305-0>
- Schwarzer, R., y Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, y M. Johnston. *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*, 35-37.
- Solórzano, R., Márquez, V., y Márquez, K. (2017). Terapia cognitiva-conductual para rehabilitación- reinserción social del adicto y minimización de factores biopsicosociales. *Dominio de las Ciencias*, 3(4), 752-769.
- SAMHSA. (2017). *National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*. 2871.
<https://www.samhsa.gov/data/report/2017-nsduh-detailed-tables>

- Soutter, A., y Boag, S. (2018). Environmental advertising: the effect of imagery on pro-environmental attitudes and pro-environmental behaviour. *Psychology*, 10(1), 88-126. <https://doi.org/10.1080/21711976.2018.1550238>
- Swift, J. K., y Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- The Mental Health Policy Group. (2019). *Towards equality for mental health developing a cross*. Mental Health. <https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/MHPG%20Towards%20equality%20for%20mental%20health%20.pdf>
- Tien, S. (2021). *Top 5 tendencias en redes sociales en el 2022*. Social Media Marketing & Management Dashboard. https://blog.hootsuite.com/es/tendencias-en-redes-sociales/#1_TikTok_sera_la_red_social_mas_importante_para_el_marketing
- Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 17(1), 9-14. doi: 10.1017/s1121189x00002621.PMID: 18444452.
- Tomás, D. (2022). *Tipos de contenidos con más engagement en redes sociales*. ESIC. <https://www.esic.edu/rethink/marketing-y-comunicacion/tipos-de-contenidos-con-mas-engagement-en-redes-sociales>
- Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 17(1), 9-14. doi: 10.1017/s1121189x00002621.PMID: 18444452.
- Touriño, R., Acosta, J., Giráldez, A., González, M., Abelleira, C., Benítez, N., Baena, E., Fernández, A., y Rodríguez, J. (2018). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(2), 33-41. Medicina en español.

- Tusev, A., Tonon, L., y Capella, M. (2020). The Initial Mental Health Effects of the Covid-19 Pandemic Across Some Ecuadorian Provinces. *Investigation*, 15, 11-24.
<https://doi.org/10.31095/investigatio.2020.15.2>
- Tubay, N. (2020). *Las mujeres buscan más la asistencia psicológica*. www.expreso.ec.
<https://www.expreso.ec/guayaquil/mujeres-buscan-asistencia-psicologica-12538.html>
- Ullauri, D., Guillén, X., Ochoa, J., León Mayer, E., y Folino, J. O. (2015). Servicios universitarios en la interfaz del derecho y la salud mental: el caso de la Universidad de Cuenca, Ecuador. *Revista Criminalidad*, 57(3), 103-117
- UNICEF. (2021). *Home*. Aquí por ti. <https://aquiporti.ec>
- Universidad Internacional de Valencia. (2016). *Las ramas de la psicología general y sus aplicaciones*. Universidad Internacional de Valencia (VIU).
<https://www.universidadviu.com/ec/actualidad/nuestros-expertos/las-ramas-de-la-psicologia-general-y-sus-aplicaciones>
- Universidad Internacional de Valencia. (2017). *La Psicología Humanista, teoría y principios terapéuticos*. Universidad Internacional de Valencia (VIU). Retrieved 2022, from <https://www.universidadviu.com/ec/actualidad/nuestros-expertos/la-psicologia-humanista-teoria-y-principios-terapeuticos>
- Universidad Internacional de Valencia. (2017). *¿Qué es la neuropsicología y qué hace un neuropsicólogo?* Universidad Internacional de Valencia (VIU).
<https://www.universidadviu.com/ec/actualidad/nuestros-expertos/que-es-la-neuropsicologia-y-que-hace-un-neuropsicologo>
- Valdivieso, G. (2021). Eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual Para el Trastorno Bipolar: una Revisión Sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1(1), 12-36.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.05.006>
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., y Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009–1016.
<https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>

- Villamarín, F. (2013). Papel de la auto-eficacia en los trastornos de ansiedad y depresión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16(47), 57-79.
<https://doi.org/10.33776/amc.v16i47.1892>
- Vindegard, N., y Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Vogel, D. L., Heath, P. J., Engel, K. E., Brenner, R. E., Strass, H. A., Al-Darmaki, F. R., y Zlati, A. (2019). Cross-Cultural Validation of the Perceptions of Stigmatization by Others for Seeking Help (PSOSH) Scale. *Stigma and Health*, 4, 82-85.
<http://dx.doi.org/10.1037/sah0000119>
- Vogel, D. L., Strass, H. A., Heath, P. J., Al-Darmaki, F. R., Armstrong, P. I., Baptista, M. N., Brenner, R. E., Gonçalves, M., Lannin, D., Liao, H., Mackenzie, C., Mak, W., Rubin, M., Topkaya, N., Wade, N., Wang, Y., y Zlati, A. (2017). Stigma of Seeking Psychological Services: Examining College Students Across Ten Countries/Regions. *The Counseling Psychologist*, 45(2), 170–192.
<https://doi.org/10.1177/0011000016671411>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C., y Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 17-29.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Anexos

Anexo 1: Preguntas de las entrevistas

Esquema de preguntas a los Psicólogos	
Importancia terapia	<p>¿Por qué es importante la terapia psicológica y porque una persona puede necesitarla?</p> <p>¿Existe una edad recomendada para ir a terapia?</p> <p>¿Cree usted que el género o la edad influyen en la predisposición para ir a terapia ?</p>
Tipos de terapia	<p>¿Podría explicarnos sobre los tipos de terapia psicológica que existen y cuáles son convenientes para cada individuo?</p> <p>¿Qué debería tener en cuenta una persona al momento de ir a terapia? (es decir, sobre el tipo de enfoque psicológico)</p>
Problemas y estigmas de salud mental	<p>Problemas de salud mental más comunes en Cuenca y por qué</p> <p>¿Qué hábitos deterioran la salud mental en jóvenes?</p> <p>¿Qué estigmas cree que existen sobre el cuidado de salud mental?(qué es lo que hace que las personas no pidan ayuda)</p> <p>Es su experiencia, ¿cuán dispuestos están los jóvenes a ir a terapia?</p>
Campañas	<p>¿Cómo se podría incentivar a jóvenes a cuidar su salud mental e ir a terapia?</p> <p>¿Qué variables investigativas deberíamos tomar en cuenta para desarrollar una campaña de sensibilización sobre salud mental?</p> <p>¿Cree que la publicidad actual sobre el cuidado de la salud mental es efectiva para incentivar a las personas a ir a terapia y cuidar su salud mental en general?</p>
Esquema de preguntas de campañas	
	<p>¿Cuál sería el mayor inconveniente a la hora de querer transmitir un mensaje sobre salud mental a nuestro público?</p> <p>¿Cómo podemos lograr que el público se identifique con una campaña social?</p> <p>¿Cuándo es más conveniente aplicar la comunicación persuasiva?</p> <p>¿Qué métodos de comunicación persuasiva son efectivos para sensibilizar a jóvenes sobre el cuidado de salud mental y la normalización de pedir ayuda psicológica ?</p>

Anexo 2: Cuestionario

Género *

- Mujer
 - Hombre
 - Prefiero no decirlo
-

Edad *

- 18-24
- 25-29
- 30-35

Esta escala está diseñada para medir las creencias que tienes de ti mismo/a que influyen en cómo afrontas los retos del día a día. Por favor responde con la opción que más te identifique. No existen respuestas incorrectas *

	Nada cierto	Apenas cierto	Moderadamente cierto	Muy cierto
Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Definición de estigma: reacciones negativas y, a menudo, creencias injustas de los demás debido al comportamiento, actitudes o los antecedentes. Contesta cada una de las siguientes preguntas basándote en tus sentimientos. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas", simplemente se honesto en tus respuestas.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Ver a un psicólogo/a por un problema emocional o interpersonal conlleva un estigma social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es un signo de debilidad personal o insuficiencia consultar a un/a psicólogo/a por problemas emocionales o interpersonales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las personas verán a otra persona de una manera menos favorable si llegan a saber que ha visto a un psicólogo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es aconsejable esconderse de las personas que han visto a un/a psicólogo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A las personas les suelen gustar menos las personas que reciben ayuda psicológica profesional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
Me sentiría incomod@a si fuera a un@a terapeuta en búsqueda de ayuda por mi salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La confianza que tengo por mí mismo@a NO se vería amenazada si busco ayuda de un@a terapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buscar ayuda psicológica me haría sentir menos inteligente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi autoestima aumentaría si hablara con un@a terapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi visión de mí mismo@a no cambiaría solo por decidir ver a un@a terapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pedir ayuda de un@a terapeuta me haría sentir inferior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentiría bien conmigo mismo@a si decidiera buscar ayuda profesional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si acudiera a un@a terapeuta, estaría menos satisfecho@a conmigo mismo@a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi confianza en mí mismo@a permanecería igual si buscara ayuda para un problema que no pudiera resolver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentiría peor conmigo mismo@a si no pudiera resolver mis propios problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para los propósitos de esta encuesta, los "profesionales de la salud mental" incluyen psicólogo\as, psiquiatras, trabajador\as sociales clínicos y consejero\as. Asimismo, las "preocupaciones de salud mental" incluyen problemas que van desde dificultades personales (por ejemplo, la pérdida de un ser querido) hasta enfermedades mentales (por ejemplo, ansiedad, depresión). Marca la casilla que mejor represente tu opinión.

Si tuviera un problema de salud mental, INTENTARÍA buscar ayuda de un profesional de la salud mental.

1 2 3 4 5 6 7

Extremadamente improbable ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Extremadamente probable

Si tuviera un problema de salud mental, TRATARÍA de buscar ayuda de un profesional de la salud mental.

1 2 3 4 5 6 7

Definitivamente falso ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Definitivamente verdadero

Si tuviera un problema de salud mental, PLANEARÍA buscar ayuda de un profesional de la salud mental.

1 2 3 4 5 6 7

Totalmente en desacuerdo ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Totalmente de acuerdo

A continuación se muestra una lista de problemas que las personas suelen traer a terapia . ¿Qué tan probable sería que buscaras asesoramiento si tuvieras estos problemas? Marca la respuesta correspondiente. *

	Imposible	Poco posible	Posible	Muy posible
Desorden alimenticio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de alcohol excesivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupación por la sexualidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conflicto Familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elegir una especialidad profesional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lidiar con una lesión grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultades para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas con drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas con la autoestima\confianza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultades con amigos\as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rendimiento académico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auto entendimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soledad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupaciones sobre mi imagen corporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estrés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rendimiento deportivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Esta información sirve para la propuesta de campaña, puedes elegir más de una casilla

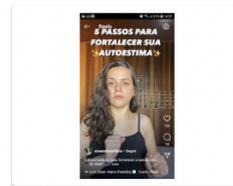
¿En cuál de estos canales te gustaría recibir campañas sobre salud mental? *

- Redes Sociales como Facebook, Instagram y Tik Tok
- Youtube
- Anuncios en la calle (Vallas publicitarias, anuncios en paradas de buses, pantallas led, etc)
- Radio
- Televisión

Si usas redes sociales, ¿Cuál es las que más utilizas? *

- Instagram
- Twitter
- Facebook
- Tik Tok
- Otro

De este tipo de contenidos ¿cuál te gusta más ver en redes sociales? *



historias- reels- videos en tik tok



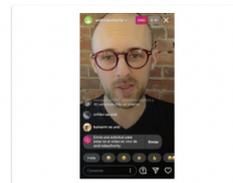
Post explicativos y cortos



Contenidos ilustrados



Videos de más de un minuto Instagram IGTV o en Facebook Streams



Lives



Videos educativos en Youtube

Anexo 3: Propuesta de Campaña





Objetivo

Sensibilizar a mujeres y hombres cuencanos de 18 a 35 años sobre el cuidado de su salud mental a través de las redes sociales Instagram, Facebook y Tik Tok

Canales



Estrategias de Comunicación Persuasiva



Testimonios



Historia (Sympathetic narratives)



Informativo



Lideres de opinión

McGinty et al. (2018)

Temas dentro de las estrategias



Estigmas hombres



Cuándo pedir ayuda



Barreras sobre la atención psicológica



Cómo se siente la ansiedad



Conoce el rostro de la depresión



Estereotipos de género y Salud Mental



Tipos de terapia y su importancia



Beneficios empoderamiento personal



1: Reels-Tik Toks- Post Informativos

Planning

1 mes Redes Sociales

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Sympathetic narratives f @		Líder de opinión f @ d		Informativo @ f	
	Testimonio @ d		Sympathetic narratives f @		Testimonio @ d
Informativo @ d		Líder de opinión f @ d		Testimonio @ d	
	Sympathetic narratives @ d		Informativo @ f		Líder de opinión f @ d

Identidad Visual

Diseño Gráfico



Paleta de colores

Qué transmitan confianza, calma.

