



Universidad del Azuay

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**ACTITUDES Y CREENCIAS ACERCA DE LA
ENFERMEDAD MENTAL POR PARTE DE LOS
ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIA
Y TECNOLOGÍA, ESCUELA DE INGENIERÍA
CIVIL DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE:
PSICÓLOGO/A CLÍNICO**

Autoras:

Paulina Cedillo Alvarado; Doménica Parra Nieto.

Director:

MG. Rene Zalamea Vallejo.

Cuenca – Ecuador

2023

DEDICATORIA I

A mis abuelos y tíos, por haberme enseñado los valores de la vida, a crecer siendo una mujer perseverante y no rendirme fácilmente ante cualquier adversidad, en especial a mi abuelo Rafael por haber sido mi segundo padre y ahora el ángel que guía mi camino.

A mis padres, por brindarme el amor incondicional y darme la educación, por impulsarme a conseguir mis sueños mediante su ejemplo de lucha y constancia incansable.

A mi hermana, por soportar mis días grises durante el proceso, por apoyarme y aconsejarme sobre los caminos del estudio y profesionalismo.

A mi compañera de tesis, por soportar cada risa, llanto y enojo durante la elaboración de este trabajo, pues fuimos el apoyo incondicional una de la otra para lograr el objetivo soñado.

Por último, a mi perrito Julián por ser mi compañero en noches de desvelo al realizar esta tesis.

Evelyn Paulina Cedillo Alvarado

DEDICATORIA II

A mis abuelos Cesar y Enma quienes me criaron con amor, fueron mi segundo hogar, y me enseñaron el ejemplo de ser perseverante para conseguir mis sueños.
A mi tía María Isabel, quien me enseñó a mostrar la mejor versión de mí, aun cuando todo vaya mal.

A mi abuela María, quien me ayudo a mirar la vida de una manera más positiva, y me brindó su sabiduría y apoyo en toda mi carrera universitaria.

A mis padres Fabian y Ximena, por alentarme a luchar durante todo el proceso, siendo mi luz guía y mi lugar seguro.

A mi hermana Bernarda, por su apoyo incondicional, y enseñarme a tener coraje para enfrentar la vida.

A mi compañera de tesis, por el arduo trabajo, el tiempo compartido, las risas, el llanto y el apoyo generado mutuamente.

Doménica Paola Parra Nieto

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestros padres Sandra y Eduardo, Ximena y Fabián, quienes han sido nuestra fortaleza para conseguir la meta soñada como profesionales.

A nuestro tutor por su tiempo, dedicación y paciencia con el fin de impulsarnos a creer en nuestras capacidades y desarrollar un buen trabajo.

A nuestro tribunal por los consejos tanto como persona y profesional, por las sugerencias que proyectaron un trabajo impecable.

ÍNDICE

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA I	II
DEDICATORIA II	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	4
1. HISTORIA DE LA SALUD MENTAL	4
1.1. HISTORIA	4
1.2. LA ÉTICA DE LA ENFERMEDAD MENTAL	9
1.3. ACTITUDES Y CREENCIAS ACERCA DE LA ENFERMEDAD MENTAL	18
1.4. SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO EDUCATIVO EN EL ESTADO ECUATORIANO	24
CAPÍTULO II	30
2. MARCO METODOLÓGICO	30
2.1. DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	30
2.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	31
2.3. DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS	31
2.3.1. <i>Objetivo general</i>	31
2.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	31
2.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	32
2.4.1. <i>Criterios de inclusión</i>	33
2.4.2. <i>Criterios de exclusión</i>	33
2.5. HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS	33
2.5.1. <i>Ficha sociodemográfica</i>	33
2.5.2. <i>Cuestionario de opiniones hacia la enfermedad mental (OMI)</i>	34
2.6. PROCEDIMIENTO	35
2.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	36
CAPITULO III	37
3. RESULTADOS ESTADÍSTICOS	37
3.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTUDIANTES A PARTIR DE LA ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA	37
3.2. ACTITUDES Y CREENCIAS ACERCA DE LA ENFERMEDAD MENTAL	39

3.3. TABLAS DE FRECUENCIA	39
3.4. RELACIÓN DE LAS ACTITUDES Y CREENCIAS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL CON LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LA APERTURA DE UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO.	42
3.5. ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO.	45
<i>DISCUSIÓN</i>	48
<i>CONCLUSIONES</i>.....	52
<i>RECOMENDACIONES</i>	54
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	55
<i>ANEXOS</i>	68
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	68
ANEXO 2: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA	70
ANEXO 3: CUESTIONARIO DE OPINIONES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL (OMI)	73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los estudiantes según grupos de edad, sexo, estado civil, ciclo, situación laboral y lugar de procedencia.....	37
Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de estudiantes según actitudes y creencias acerca de la enfermedad mental	39
Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de estudiantes según experiencia acerca de la enfermedad mental ...	41
Tabla 4. Relación entre conocimiento sobre enfermedad mental y variables sociodemográficas	42
Tabla 5. Relación entre disposición a recibir un tratamiento psicoterapéutico y variables sociodemográficas	43
Tabla 6. Estadística descriptiva de subescalas o factores del cuestionario OMI.....	45
Tabla 7. Análisis de diferencia estadística entre las medias por factores o subescalas respecto a disposición a recibir tratamiento psicoterapéutico.	45

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Distribución de los estudiantes según han escuchado hablar o conocer acerca de las enfermedades mentales.....	39
---	----

RESUMEN

Esta investigación de enfoque cuantitativo de tipo comparativo; y con un alcance descriptivo y escalas de frecuencia, tuvo como objetivo relacionar las actitudes y creencias que tienen los estudiantes sobre salud mental pertenecientes a la Escuela de Ingeniería Civil de la Universidad del Azuay frente a la posibilidad de iniciar un procesopsicoterapéutico, la muestra fue de 230 estudiantes. Se utilizó un perfil sociodemográfico y el Cuestionario de Opiniones hacia la enfermedad mental (OMI).

Se concluyó que el (93,5%) de estudiantes conocen o han oído hablar de la enfermedad mental, el (23,9%) han tenido experiencias personales con ella y el (62,6%) está dispuesto a recibir un tratamiento psicoterapéutico. No existen asociaciones estadísticamente significativas entre conocer o escuchar sobre enfermedad mental y recibir dicho tratamiento.

Palabras clave: actitudes y creencias, estudiantes, salud y enfermedad mental, tratamiento psicoterapéutico.

ABSTRACT

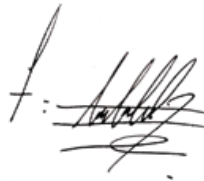
The objective of this comparative quantitative research, of descriptive scope and frequency scales, was to relate the attitudes and beliefs of students about mental health belonging to the school of Civil Engineering of the Universidad del Azuay with the possibility of initiating a psychotherapeutic process. The sample was constituted by 230 students. A socio-demographic profile and the Questionnaire of Opinions towards mental health were applied. It was concluded that (93.5%) of students know or have heard about mental illness, (23.9%) have had personal experiences with it and (62.6%) are willing to receive psychotherapeutic treatment. There are no statistically significant associations between knowing or hearing about mental illness and receiving such treatment.

Keywords: attitudes and beliefs, students, mental health and illness, psychotherapeutic treatment.

Translated by



Mg. Rene Zalamea
Director de Tesis



Paulina Cedillo A
Estudiante de Psicología Clínica



Domenica Parra N
Estudiante de Psicología Clínica



INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva histórica Alcobendas (2018), menciona la existencia de referencias a enfermedades mentales, en el antiguo Egipto y otras culturas, en las que, por creencia general, estas afecciones eran causadas por demonios o castigos de los dioses y, que la cura se lograba, a través de exorcismos y otros rituales religiosos. De modo similar Hernández (2009) y García (2022) complementan que, “desde la antigua Babilonia, Grecia y Roma, la enfermedad mental era considerada como una posesión demoníaca, además, siglos más adelante, Descartes en el siglo XVII definió a la enfermedad mental como algo especial, diferente y, que tal vez ni si quiera sea una enfermedad” (p. 19).

A su vez, Macaya et al., (2018) manifiestan que las prácticas de protección contra las enfermedades mentales incluían amuletos, talismanes, hechizos, entre otros; que han existido desde tiempos prehistóricos y continúan existiendo en distintas culturas en la actualidad; son evidencia del deseo de la humanidad por mantener como el don más preciado ,la salud y, consecuentemente, estas intervenciones las podemos clasificar como estrategias tanto de promoción como prevención; aludiendo a que la salud mental es considerada según la OMS (2022) como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y, contribuir a la mejora de su comunidad” (p.1.).

Según los autores mencionados, la sociedad sigue teniendo creencias y actitudes tanto positivas como negativas respecto a la salud y enfermedad mental. Es por esto que Zhang (2020), cree que existe una mayor o menor tolerancia a la enfermedad mental, así como a las creencias tradicionales, creencias religiosas y, factores económicos relacionados con el nivel de modernización de la sociedad.

Martín (2021, citado en Yuan et al., 2016) describe cómo “los estudios sobre el tema han revelado que las personas tienen información limitada sobre los problemas de salud mental”, lo que constituye una barrera importante que afecta su comportamiento e ideología, lo que lleva a especular sobre la influencia de factores sociodemográficos relacionados a las creencias y actitudes, que tienen las personas acerca de la enfermedad mental; en consecuencia según Martín (2021, como se citó en Bobes et al., 2009; Cooper et al., 2003) afirma que “las actitudes estigmatizantes hacia la salud mental pueden incitar a no buscar ayuda para evitar la etiqueta de enfermo mental” (p.10).

Actualmente se hace un esfuerzo por promover e involucrar a los afectados, por lo que se pretende difundir el conocimiento de que las patologías relacionadas a la salud mental afectan a todos y no solo a unos pocos (por ejemplo, múltiples campañas para romper el estigma en torno a las personas con un diagnóstico clínico), y que la salud mental no solo reduce las afecciones propias de la enfermedad, sino que también produce un funcionamiento eficaz en áreas de trabajo, educación y familia (Agüero y Correa, 2018).

En base a los antecedentes encontrados en la investigación del tema, se propone examinar la relación existente entre las creencias y actitudes acerca de posibles enfermedades mentales que podrían tener los estudiantes de Ingeniería Civil pertenecientes a la Universidad del Azuay, frente a la posibilidad de iniciar un proceso psicoterapéutico; mismo que se estructurará de la siguiente manera:

El elemento teórico de la investigación se desarrollará en el Capítulo I, que incluirá una visión histórica que examina diversas perspectivas que estudian la enfermedad mental, su evolución, los diversos tratamientos aplicados, es decir, un proyecto que se extiende desde el campo cultural hasta el análisis científico, según fuentes de investigación que apoyarán la ideología del estudio, además, incluye un apartado sobre

la ética de la enfermedad mental, que hace referencia a los códigos y derechos del paciente y, del profesional en el referido campo de estudio, también se discuten las creencias y actitudes sobre la enfermedad mental, enfatizando conceptos, pensamientos y puntos de vista de la sociedad en general, finalmente, se describe la salud mental en el sistema educativo ecuatoriano, teniendo en cuenta la población universitaria y los servicios de salud disponibles dentro del sistema, para promover el bienestar psicológico de los estudiantes.

En el Capítulo II se analizará el marco metodológico, con una orientación cuantitativa de tipo comparativo, relacional de alcance descriptivo, incluyendo la pregunta de investigación, y los objetivos del estudio especificados, el tamaño de la muestra examinada, así como herramientas metodológicas como el perfil sociodemográfico y, el Cuestionario de Opiniones acerca de la enfermedad mental (OMI), junto con sus respectivas aplicaciones y análisis; a su vez, se establecen criterios de inclusión y exclusión respecto a la investigación y, finalmente, se propone el análisis estadístico de los datos descubiertos.

Como el Capítulo III es el final, incluye los resultados estadísticos, la caracterización de los estudiantes a partir del uso de datos sociodemográficos y, las actitudes y creencias encontradas en las respuestas de los estudiantes, analizando varias tablas de frecuencia obtenidas, la organización y la descripción de los datos. Además, se discute la relación entre las conductas y creencias de enfermedad mental con datos sociodemográficos, así como la apertura a un proceso psicoterapéutico, culminando con estudio estadístico descriptivo.

Consta también con apartados de discusión, conclusiones, recomendaciones, anexos y referencias que aportan datos relevantes que sostienen la investigación.

CAPÍTULO I

1. Historia de la salud mental

1.1. Historia

La salud mental ha tenido diferentes enfoques para entenderla, partiendo de que su existencia ha estado presente desde la aparición del ser humano y que su conceptualización ha evolucionado, es así que podemos mencionar en primera instancia a Luis y Pucciarelli (1996), quienes dictaminan que la salud mental se remonta a la antigüedad, en los libros de literatura sagrada, debido a que en sus historias se mencionan los orígenes sobrenaturales de la enfermedad mental, algunas de las culturas alrededor del mundo, presentaron un pensamiento primitivo, que llevó a la realización de punciones craneales, señalando además que “la trepanación influenciada por una creencia mágica permitió liberar al enfermo de los espíritus malignos y permitió al médico hechicero la succión de agentes causantes de un trastorno”. (p.3).

En la Edad Media, el concepto mágico-religioso de la enfermedad mental, lo aclara Stucchi (2013), el concepto de posesión demoníaca, puede explicar algunos de los comportamientos extraños e inusuales, además de que el tratamiento medieval de esta condición se trataba de actos crueles contra el supuesto sujeto poseído; después de sobrevivir con éxito a un severo declive medieval, la comprensión científica y racional de la enfermedad mental, gradualmente tomaría el lugar de las explicaciones mágicas y religiosas y, eventualmente conduciría a un dominio sobre ellas.

Con relación a lo antes mencionado, Cavacini (2020), pensaba que las enfermedades causadas por la voluntad de los dioses, eran difíciles de curar, debido al poder implicado por los mismos; si la disfunción era causada por una enfermedad, se enfocaban en hacer que ese cuerpo fuera inhabitable para poder liberarlo, este proceso, realizado a través de rituales dirigidos por chamanes, era a veces, a expensas de la propia

vida del paciente, porque priorizaba el bienestar colectivo sobre el individual, y las posesiones ponían en peligro la vida de la comunidad.

Asimismo, desde otra perspectiva histórica, Salaverry (2012) menciona que: “Durante la historia de la humanidad, la enfermedad mental, a bordeado los límites entre distintas interpretaciones tales como la naturalista y sobrenaturales, mismas que se han identificado como un problema de salud de manera tardía”. (p.144); teniendo esto en cuenta, se puede decir que para el mismo autor “la interpretación naturalista de las enfermedades mentales comenzó en Grecia en el siglo V a.C., extendiendo la teoría humorista de la enfermedad a los trastornos mentales o síntomas”. (p.144)

Según Amezcua (2016, citado por Fernández, 2014), Hipócrates (460 a.C.-377 a.C.) propuso la teoría del humor, que examina las siguientes manifestaciones:

- Bilis negra (melancolía): Individuo inquieto, preocupado y ansioso, además de ser un sujeto reflexivo, tiende a desorientarse con gran facilidad; amante de la tranquilidad y la soledad.
- Bilis amarilla (cólera): Persona ambiciosa, exigente, extrovertida, persistente, enfocada, individual y extremadamente activa.
- Flema (calma): Sujeto considerado como incorruptible, honesto, cuidadoso y sin compromisos, pues prefiere vivir una buena vida, con poco trabajo.
- Sangre (sociabilidad): Ser enérgico, alegre, fuerte, amable, confiable y apasionado.

El estudio, la percepción y el entendimiento de las enfermedades mentales ha evolucionado con el tiempo, basándose en perspectivas religiosas, mágicas y científicas, es así como para Salaverry (2012) esto significa que la interpretación somática de la enfermedad debe combatir la extendida y dominante interpretación de la posesión demoníaca, que, irónicamente, adoptó la definición más compleja de “entusiasmo”,

“posesión de los dioses” o “inspiración” que provocaban la manifestación de lenguas extrañas y, contorsiones de los poseídos, en la cultura griega.

El tratamiento de las enfermedades relacionadas con la salud mental, en América del Sur, se remonta a la época precolombina. Preparaciones basadas en el uso de plantas y hierbas, constituían una variedad de medicinas extraídas de la naturaleza (bebidas, ungüentos, baños, emplastos) para la curación de dolencias tanto físicas como espirituales. Para estas personas, la filosofía del cuidado de la salud, implicaba ver el “todo” como una relación interdependiente y armoniosa entre sujeto y objeto. Como resultado, se aplicaron practicas medicas tradicionales para tratar o curar problemas emocionales o espirituales, que podían originarse en causas exógenas o endógenas (la presencia de entidades abstractas, espíritus, energías que poseían el cuerpo) y, que se manifestaban de manera similar a las enfermedades ya conocidas en la actualidad, como trastornos mentales y físicos. Materiales como plantas y alucinógenos (ayahuasca, bejuco, liana, san pedro, etc.), raíces, semillas, animales (gallinas, gallos, cuyes, serpientes, etc.), tabaco, huevos, dietas alimenticias (ayuno/abstinencia), además de los cuatro elementos: fuego, aire, agua y tierra, fueron utilizados en su tratamiento; estas actividades suelen combinarse con oraciones de carácter religioso y mítico, cantos y danzas, cumpliendo con su objetivo de ser una “ceremonia psicoterapéutica” (Zúñiga y Riera, 2018).

Cavacini (2020) sostiene que, los practicantes importantes en esa época eran conocidos como Kallawayas y, su función era determinar el origen y el grado de la enfermedad, practicaban purificar el espíritu y el cuerpo de la persona utilizando hierbas, semillas, flores frescas y puras, preparaciones con sebo de animales sagrados como serpientes, además del uso de oraciones, música, danza, cantos, ofrendas y, rituales de comunicación con los dioses.

Zúñiga y Riera (2018), aluden que en el Ecuador se mantenía el concepto mágico-religioso, que se enfocaba en comprender y curar las dolencias espirituales, Pazmiño et al., (2022), complementan que era común entre las familias ecuatorianas, consultar a curanderos, chamanes, representantes de las diversas cosmogonías andinas de la curación, quienes a través de : limpiezas, baños o preparaciones herbales, rezos, cantos, entre otros; procuraban devolver la salud mental a sus pacientes; si bien ciertas organizaciones religiosas fomentaron el desarrollo de la atención psicológica, prevalecía entre la población, la creencia de que el trato y cuidado de dichos pacientes, solo podía hacerse con criterio divino.

En un acercamiento a la realidad ecuatoriana Oñate et al., (2018), en su estudio realizado en la parroquia Sayausí, ciudad de Cuenca, refieren que “permanece viva la esencia del pensamiento, la filosofía y la experiencia andina; el racionalismo andino según los sabios operaba como un todo, un proceso holístico en el que estaban inmersos todos los elementos del universo: las estrellas, el agua, la tierra, los animales, las plantas y los seres humanos, que tenían la capacidad de valerse de estos y otros elementos, todo este proceso fue regido por el Dios católico/cristiano” (p.51).

De esta manera se crea el concepto fundamental acerca de la medicina tradicional, por lo que Oñate et al., (2018) afirma que, la medicina tradicional es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la “suma total de los conocimientos, habilidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias indígenas de distintas culturas, ya sean explicables o no, utilizados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, el diagnóstico, la mejora o tratamiento de las enfermedades físicas y mentales” (p.44).

Además, Bertolote (2008, citado por Castellanos, 2018), refiere que, en la Constitución de la OMS, se afirma que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.14), que es una definición valorada en la actualidad. Podría decirse que esta definición es holística e

inclusiva y, tiene como objetivo desplazar las dicotomías anteriores de mente versus cuerpo y, físico versus psicológico, de la misma forma que incorpora una dimensión social, también es una definición realista. Es importante tener en cuenta que la definición de salud mental de la OMS, se refiere a factores a nivel estatal y, no a disciplinas o campos de estudio específicos.

Las diversas denominaciones de las enfermedades mentales han cambiado a lo largo del tiempo, variando desde el siglo XX hasta el siglo XXI, según su especificidad psicológica; por ello se cita a Ghedin (2012) y, las siguientes propuestas actualizadas para esta denominación:

- Psicoanálisis: Es el resultado de fijaciones pregenitales, que se colocan bajo las fuerzas pulsantes del pasado; el uso de mecanismos de defensa tiene como objetivo, reducir el conflicto psicológico, a veces de forma ineficaz.
- Humanismo: La enfermedad mental ocurre cuando las experiencias traumáticas son reprimidas a través de mecanismo de defensa o, cuando se invade la noción de Yo, de forma imprevista, provocando un comportamiento desordenado.
- Conductismo: Surge como resultado de condiciones anormales, lo que provoca que resurjan comportamientos dañinos.
- Cognitivista: A la asociación estímulo-respuesta, se suma la interpretación de los datos que ingresan a la mente; el comportamiento resultaría de decodificar los datos registrados.
- Teorías genéticas: La enfermedad mental es la expresión de cambios genéticos, con influencias ambientales, que suman o desencadenan la patología.

- Teorías neuroquímicas: Buscan explicar la enfermedad mental, cambiando los niveles de neurotransmisores y sus receptores.

Por su parte, Salaverry (2012) expone que “a partir del siglo XXI y con un claro auge de los problemas de salud mental, destacan la necesidad de profundizar no solo en el tratamiento de la enfermedad mental y su inclusión como un tema prioritario de salud pública, sino también en las raíces del pensamiento sobre la locura, conceptualización del desplazamiento y, las consecuencias sociales de la enfermedad mental” (p.148).

Monteiro (2015), concluye que “la concepción de lo que es enfermedad mental es históricamente variable. La conducta humana solamente puede ser vista en su contexto social y cultural, en un momento histórico determinado” (p.16).

De acuerdo con la información obtenida de los distintos autores, se evidencia el tradicionalismo cultural mantenido desde épocas pretéritas hasta la actualidad, mismo que predomina sobre las creencias y actitudes de los individuos en distintas sociedades; no se puede dejar de lado el desarrollo científico de dicha información, pues existe una constante variación de conceptos y creencias, en torno a la salud y a la enfermedad mental.

1.2. La ética de la enfermedad mental

En este apartado se aborda la diferenciación entre la ética y moral, además de un importante acercamiento a la salud mental, puesto que se resaltan los códigos y derechos que deben cumplir los pacientes y los profesionales a cargo de esta área, por tal motivo, se da paso al siguiente análisis:

Las definiciones de ética y moral, han sufrido varias transformaciones, es por eso que, se cita a Palencia y Ben (2013) quienes afirman que “la palabra ética proveniente del latín *ethicus*, indica razonable, prudente o sabio, y del griego *Ethos*, que indica morada, carácter, temperamento o modo ser; suele referirse a la reflexión crítica sobre el comportamiento moral” (p.3).

Además, Vilchez (2012), cuya definición sobre ética es: “Los términos ética y moral, son empleados generalmente como sinónimos, esto responde a sus significados etimológicamente confluyentes, donde la palabra ética procede del griego ethos que significa “el carácter, modo de ser” y Moral procede del latín mos/moris que significa también “carácter o modo de ser” (p.234).

Bajo la misma línea histórica, Sócrates considera que la ética, consiste esencialmente en hacer lo correcto, con el tiempo, Aristóteles y Platón, creyeron que la ética era algo que obligaba a las personas a reflexionar sobre sus acciones, porque el cuerpo humano y la mente se consideraban inseparables, en este sentido, el ser humano era inmortal, y la parte inmortal de él, era precisamente aquella que estaba insatisfecha con todo lo que no podía lograr (Arreguin, 2016).

En contraste con el anterior autor, Badiou (1993), acota que, “para Descartes, la moral es casi sinónimo de ética o, como dijo Kant, “razón práctica” (en oposición a “razón pura” o “razón teórica”). Se trata de relaciones, conductas de sumisión e intenciones representadas por una ley universal. Un principio recto para juzgar las acciones de un sujeto, individual o colectivo, es la moralidad, a su vez, Hegel hace una distinción entre “ética” (Sttlichkeit) y “moralidad” (moralitat), la que reserva el principio ético para la acción inmediata, mientras que la moralidad se refiere a una acción reflexiva, es decir, el orden ético consiste esencialmente en la decisión inmediata.”(p.2)

El concepto de ética cambió con el advenimiento del cristianismo y, ahora se considera a la Biblia como el centro de todas las cuestiones teológicas, que en esencia dictan los comportamientos que debe adoptar el ser humano, a veces literal y a veces figurativamente y, que los límites de ésta, son amonestar severamente a los hombres, porque se someten a acciones que pueden no ser de su propia voluntad y, que tal vez no comprenda. (Arreguin, 2016).

Con la evidente transformación de conceptos acerca de ética y moral, Vicente (2018) acomoda distintos conceptos de ética y moral, condensados en 5 autores principales, mismos que se detallan a continuación:

Ética:

- Salazar Bondy: La ética es el estudio del comportamiento moral, de sus fuentes primigenias.
- Juan Prado: La ética es un saber filosófico que examina la moral del individuo, su conducta y los deberes para con sus semejantes.
- Saeza y Aceves: La ética es una disciplina que estudia los valores humanos, evalúa, valora y distingue lo bueno de lo malo.
- Marx: La ética marxista busca orientar acciones encaminadas a lograr la igualdad social y, disminuir las injustas brechas económicas y sociales.
- Barroso: La ética es una disciplina teórica que se expresa por normas que regulan la conducta del ser humano. Es el estudio de la conducta humana, individual y colectiva, analizada desde la perspectiva de la razón y del bien.

Moral:

- Platón: La Moral revela las pautas del comportamiento del ser humano se subordinan al conjunto de creencias, dogmas, experiencias, reglas y contenidos de vida de una persona.
- Nietzsche: La Moral es la manera de revelar ciertos hechos y sucesos vinculados, observados desde diferentes ópticas. Nietzsche mira la moralidad como un camino de vida que incluye todo, en donde el ser humano expresa su capacidad de poder hacer.

- Sócrates: Considera que comprender lo que es justo, avoca a un proceder moralmente probo, por el contrario, considera que las acciones inmorales nacen de la ignorancia, más no de la voluntad.
- Faulquié: Señala lo que se debe y no se debe hacer, aquello que está permitido y lo que está prohibido, es la percepción sobre bien y el mal fundamentada en la lógica y la moral.
- Aristóteles: Otorga mérito a una moral basada en la práctica de virtudes, así, el hombre mejora, progresa y se reafirma mediante conductas reiterativas.

La moral y la ética están relacionadas, pero tienen su individualidad, Torres (2017)

establece diferencias sobre dichos campos, a saber:

1. Objeto de interés:

- Mientras la ética es eminentemente normativa, la moral describe; es decir, la ética define el comportamiento, la moral explica.

2. Ámbito de aplicación:

- La naturaleza de la ética es teórica y conceptual, la moral contempla lo práctico, orientando el comportamiento humano por medio de normas y premisas relativamente explícitas.

3. Origen y desarrollo:

- La ética es de índole individual, la moral procede de reglas provenientes de un conglomerado social determinado, jerarquizado por un componente ético. La ética trata sobre el bien y el mal.

4. Capacidad de elección:

- La moral está influenciada por la cultura, en consecuencia es más instintiva e intuitiva; la ética tiene un fundamento teórico, racional y, se adapta a las reglas de un conglomerado social.

5. Modo de influencia:

- La ética se fundamenta en una aceptación consciente, implica identificar y admitir un conjunto de reglas, para actuar individualmente de manera correcta.

6. Grado de universalidad:

- La ética trata de instaurar conceptos dominantes que perduren en cualquier ámbito, para ser aplicados por personas de racional proceder.
- La moral es el producto de cada grupo humano, difiere para cada conglomerado social, conductas aceptadas dentro de un grupo humano, pueden ser consideradas inapropiadas en otro.

Bueno (1960) sostiene además, que la ética se desenvuelve como filosofía del comportamiento, que implica una triple relación, que incluye:

- A. A la filosofía como tal, puesto que la ética se deriva de la filosofía.
- B. A la lógica porque la ética utiliza conceptos, juicios, argumentos y otros procesos cognitivos y formas cognoscitivas.
- C. Explica su valor e impacto en la vida cotidiana, por medio de la ética misma, en términos de principios que guían el comportamiento. (p.97)

A partir de la información analizada, es oportuno relacionarla con el ámbito de la salud, ya que se pueden notar rasgos sobresalientes, como sus principios y códigos, que se basan en derechos y obligaciones de cada individuo, resaltando en este sentido a profesionales y pacientes, quienes tienen el poder de regirse bajo una normativa de salud, que precautele su bienestar.

La Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental (1989), contempla derechos y garantías que protegen a las personas con enfermedad mental, en su artículo cuatro establece que “Los derechos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticados, tratados o definidos como mental o emocionalmente enfermos o

perturbados, serán idénticos a los derechos del resto de los ciudadanos.” (p.2), históricamente estigmatizados y discriminados, las personas con dicho padecimiento, en la actualidad gozan de un trato igualitario y de una atención prioritaria.

Álvarez (2017) argumentó que, si bien los pacientes con enfermedades mentales conservan sus derechos humanos inherentes, a pesar de las limitaciones impuestas por su enfermedad, pueden tener “derechos especiales”, por ejemplo, descuentos, acceso a medicamentos, etc., debido a sus necesidades específicas, que se relacionan con el propio tratamiento de su enfermedad y, con la ayuda a sus familiares, mismos que se explican a continuación:

A) Valores y derechos fundamentales:

- Dignidad humana.
- Autonomía moral.
- Derecho a la vida.
- Derecho a la Participación Política.
- Derechos sociales y económicos.

B) Sentido y alcance de los derechos de no interferencia en el caso del enfermo mental:

- Derecho a la vida: Conservación de su vida, su salud y su seguridad.
- Dignidad del enfermo mental: Derecho al reconocimiento como persona, a un trato digno y, a no ser objeto de experimentos.
- Autonomía del enfermo mental: Derecho a conocer su diagnóstico y rechazar o aceptar el tratamiento.

C) Derecho a una asistencia médica oportuna:

- Tiene derecho prioritario al restablecimiento de su integridad física y psíquica, sin importar su condición económica o social.

- Derecho a condiciones de bienestar durante el tratamiento.
- Derecho a ayuda específica, que lo rehabilite para su reinserción a un grupo familiar, comunidad o lugar de trabajo.

Además, Baró (2015) adjunta que: “la ética profesional es, en un primer momento, aquel conjunto de principios que permite distinguir lo bueno de lo malo, en ese quehacer de un saber teórico-práctico en una sociedad, es decir, cuándo ese quehacer es bueno y cuándo es malo.” (p.491)

Mendoza (2013) establece los principios fundamentales a lo que se adherirá un psicólogo a lo largo de su ejercicio profesional, los mismos que son:

- El respeto a la dignidad de las personas: Reconoce que toda persona tiene derecho a ser valorada por los demás.
- Cuidado responsable: Preocupación por el bienestar de otra persona, familia, grupo o comunidad.
- Integridad en las relaciones: Demuestra precisión y honestidad, sinceridad y apertura; máxima objetividad y mínimo prejuicio, evitando conflictos de interés.
- Responsabilidad hacia la sociedad: Como profesional y como ciudadano tiene responsabilidades ante la sociedad en la que vive".

Según Ferrero (2000), “las declaraciones que rigen la conducta profesional se han inspirado claramente en la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” y le han establecido como un principio incuestionable de toda actividad profesional”. (p.24)

Así, por ejemplo, en el Protocolo de acuerdo marco de principios éticos para el ejercicio profesional de los psicólogos, aprobado en 1997 por las entidades profesionales de psicología, se señala: “Los psicólogos se comprometen a hacer propios los principios establecidos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asimismo, guardarán el debido respeto a los derechos fundamentales, la dignidad y el valor de todas

las personas y, no participarán en prácticas discriminatorias. Respetarán el derecho de los individuos a la privacidad, confidencialidad, autodeterminación y autonomía” (Comité Coordinador de Psicólogos del Mercosur y Países Asociados, 2015, p. 3).

Son varias las organizaciones que han construido estos principios con plena justificación para orientar, de alguna manera, la actividad profesional del psicólogo, una de las organizaciones clave es la Asociación Americana de Psicología (APA) (Atlas, 2020). La APA comenzó a trabajar en el primer código de ética, que se publicó en 1953 y fue el resultado del aporte de dos mil psicólogos, el objetivo era crear un referente ético específico de la disciplina, en un entorno dominado por la reflexión ética sobre la salud, desde una perspectiva médica (Ballesteros et al., 2022). Sin embargo, en general, toda la comunidad científica y académica de la psicología ha desarrollado un conjunto de códigos, para orientar la conducta de toma de decisiones profesionales de los psicólogos (Atlas, 2020).

Según la American Psychological Association. (2002), “el código de ética del psicólogo se basa en los siguientes principios:

1. Principio de beneficencia y no maleficencia: Los psicólogos se esfuerzan por hacer el bien a aquellos con quienes trabajan profesionalmente y aceptan la responsabilidad de no hacer daño.
2. Fidelidad y responsabilidad: Los psicólogos construyen relaciones de confianza con sus pacientes; son conscientes de sus responsabilidades profesionales y científicas hacia la sociedad y las comunidades específicas en las que interactúan.
3. Integridad: Los psicólogos se esfuerzan por promover la precisión, la honestidad y la integridad en la ciencia, la investigación y la práctica clínica; en estas actividades los psicólogos no roban o tergiversan los hechos intencionalmente, en

cambio, tratan de cumplir sus promesas y evitan hacer compromisos ambiguos o imprudentes.

4. Justicia: Los psicólogos ejercen un juicio justo y, toman las precauciones necesarias para asegurarse de que sus posibles sesgos, limitaciones de sus habilidades y los límites de su práctica, no los desvíen en la dirección equivocada, ni les permitan aprobar prácticas injustas.
5. Respeto por los derechos y la dignidad de las personas: La psicología respeta el valor y la dignidad de cada individuo, así como su derecho a la intimidad, la confidencialidad y la autonomía, saben que puede ser necesario proteger los derechos y el bienestar de las personas y comunidades, cuya vulnerabilidad afecta su capacidad para tomar decisiones autónomas.” (p.5-6)

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2002) es el ente regulador, encargado de moderar la práctica de los profesionales e instituciones vinculadas al sector salud, a través de normas internas establecidas en un código legal; la gran mayoría de los profesionales entienden que ya existen convenios internacionales establecidos, a los que los profesionales ecuatorianos, deben adherirse. Además, se aseguran de que su práctica esté fundamentada en estándares éticos y morales que se encuentran estipulados en el código de ética de la APA (Guano, 2019). Además, el mismo autor afirma que “no existe un código de ética propio en el Ecuador, y que su práctica está vinculada a parámetros internacionales como guía, dando claridad que se basan en los principios éticos y de conducta establecido por el código de ética de la APA” (p.6).

Por lo expuesto, la práctica profesional basada en códigos y principios éticos de la salud, beneficiará tanto al paciente como al psicólogo, porque trabajar bajo este estándar que mantiene una adecuada relación médico-paciente, evita afectaciones al paciente,

violación de la confidencialidad de datos sobre el diagnóstico y tratamiento del paciente y, su estigmatización.

En conclusión, Betancur (2016) reflexiona que la comprensión moderna de la ética y la moral se revaloriza, con una nueva energía; la moral y la ética aportan significativamente a la sociedad en general; y, en particular, a los actores involucrados en restablecimiento de la salud mental. Se debe entender que toda persona que ejerce un derecho, correlativamente, contrae una obligación, que su interés personal debe subordinarse a un interés general, de esta manera, la ética en las relaciones personales, lidera un rol protagónico en la toma de decisiones acertadas en ambas direcciones.

1.3. Actitudes y creencias acerca de la enfermedad mental

En este apartado, se exponen acepciones tanto de las actitudes, cuanto de las creencias, como se relacionan entre sí; y, como estos dos aspectos, mantienen una estrecha conexión con la salud mental.

Hernández (2009), refiere que “las actitudes son definidas como la disposición o tendencia a responder positiva o negativamente acerca de cierta idea, objeto, persona o situación” (p.11).

Las actitudes, al ser una disposición o tendencia a responder ante una situación u objeto, se basan en experiencias o situaciones, por lo que Triando (1971, citado por Hernández, 2009) afirma que “una actitud es una idea cargada de emoción que predispone a una clase de acciones ante un determinado tipo de situaciones sociales” (p.11). En consecuencia, esta predisposición puede ser de carácter positivo o negativo, por tanto, se genera actitudes positivas conocidas como apropiadas y, negativas como inapropiadas.

Verdugo y Arias (1994, citado por Grillo y Martínez, 2013) expone una diferencia entre actitudes positivas (apropiadas) y actitudes negativas (inapropiadas). Las actitudes apropiadas según Grillo y Martínez (2013, como se citó en Verdugo y Arias, 1994 y

Johnson y Johnson, 1986) son aquellas que promueven la capacidad de realizar ajustes con el entorno, que redunden en autoconservación, crecimiento y superación; lo que conduce a experimentar comportamientos y sentimientos de satisfacción, placer y alegría. Por el contrario, las actitudes inapropiadas, crean un problema como resultado de la reducción de las capacidades de autocuidado, desarrollo de estilos de vida constructivos, saludables y de crecimiento personal.

En este orden de ideas (Ubillos et al., 2004) describe, desde una perspectiva psicológica, a la actitud como un sistema o modelo tridimensional integrado por tres componentes:

- Componente cognitivo: Entendido como la manera en la que se percibe un objeto McGuire (1968, citado por Ubillos et al., 2004) es decir, al conjunto de creencias y opiniones que tiene el sujeto sobre el objeto de la conducta y, la información que el sujeto tiene sobre sí mismo.
- Componente afectivo: Es el sentimiento emocional o el peso que le damos a un objeto social. El componente afectivo, está formado por las interacciones que se han producido entre el objeto social y, las circunstancias agradables o desagradables que se han producido.
- Componente conductual: Se caracteriza por una tendencia a actuar o reaccionar de determinada manera en relación con el objeto social, este elemento ayudará a determinar el comportamiento, que mostrará una persona cuando se enfrenta al objeto de su comportamiento. El componente conductual, es la activación o la capacidad de actuar de una manera particular hacia el objeto de acción.

En relación al contenido expresado, se entiende que la actitud es la manera en la que un individuo reacciona, piensa y se comporta en respuesta a lo que sucede en su entorno. Es necesario señalar que la acción es social, ya que es posible ver cambios en el

comportamiento, como resultado de las relaciones interpersonales (Hernández et al., 2022).

Una vez analizado el tema de las actitudes, pasamos a exponer las creencias desde diferentes aristas, abordando desde la filosofía hasta finalizar con un concepto científico para tener una visión más amplia.

De la Pienda (1999), concluye que: “El ser humano vive en función de sus creencias. La creencia es condición trascendental porque es condición de la misma reflexión con que la analizamos. Creemos y creemos que creemos o creemos que no creemos. Sólo así podemos convertir la creencia en objeto de nuestra reflexión. Por eso, la creencia no sólo es una opción más o menos voluntaria. Es también una necesidad ontológica” (p.239).

Por otro lado, se conoce que el ser humano vive más acorde a sus creencias, pero el hombre requiere creencias que conecten el mundo racional con el vital. Estas creencias pueden entenderse de dos formas: Como creencias vivas, que mueven a una persona a la acción y, sirven como motores de vida al inspirar a otros; y, como creencias muertas, que, a pesar de su existencia, no tienen eficacia ni influencia en la vida de un individuo. Palacio (2005).

Defez (2005), en su artículo publicado, menciona que “Platón en, La República (477b-488b) afirma que los objetos del conocimiento y los de la creencia son distintos respectivamente, entidades sensibles y entidades inteligibles, y que paralelamente les corresponden operaciones del alma diversa, a saber, la doxa (eikasia y pistis) y la episteme (dianoia y noesis)” (p.203).

Acotando con la idea desarrollada, Boeri (2005), expone que “Platón enseñó que las creencias filosóficas pueden ser modificadas mediante un argumento (logos), sino

también que, para modificar nuestras creencias mediante un argumento, necesitamos transformar nuestra propia disposición anímica” (p.139).

Para el mismo autor citado, Defez (2005) en su artículo, menciona que “Hume habría tratado la creencia como un tipo de sentimiento dependiente de la naturaleza pasional humana y, por tanto, al menos respecto a creencias básicas como la existencia del mundo externo, la validez de las relaciones causales o la validez de la inducción, algo a lo que no nos podemos resistir o evitar creer, pese a que su verdad tampoco puede ser demostrada por la razón.” (p.202).

Diez (2016), define que “se adoptó dos conceptos: el epistemológico, en el que la creencia es el resultado de un acto reflexivo, un razonamiento lógico sobre la realidad, al que se llamara idea, o creencia reflexiva, según algunos autores, y la psicológica, en la que la creencia es una disposición, una fortaleza del sujeto, del mismo modo que son disposiciones los rasgos de carácter, las capacidades o los instintos.” (p.127). A esto se lo conoce como creencias. La primera tomada como una definición tradicional, y la segunda utilizada en la actualidad, vista como una destreza.

Además de lo citado, Villoro (1982, citado por Ortiz 2007) afirma que una creencia es una disposición adquirida que provoca un conjunto coherente de respuestas, que podemos entender como respuestas conductuales; el hecho de que una creencia sea adquirida, significa que no es una disposición genética, las creencias se adquieren a través de nuestras interacciones con el mundo y otros sujetos.

En la rama de Psicología, en el apartado de la Psicología Social, las opiniones se clasifican como “representaciones sociales” nombrada por el mismo estudio propuesto por Moscovici en 1961. Lo que este estudio propone, es integrar los niveles individuales y sociales en un análisis de este comportamiento afectado por representaciones sociales. Melguizo y Alzate (2008).

Según Jodelet (2003, citado por Melguizo y Alzate, 2008) propone que las creencias, como representaciones sociales, tiene tres componentes básicas:

- La Información: Se refiere a la cantidad y calidad del conocimiento de un objeto social, que puede ir desde lo más estereotipado hasta lo más original. Esta información incluye datos cualitativos como cuantitativos de la realidad y su influencia por el contexto social en el que se presenta.
- En el campo de la Representación: Disposición para de establecer una imagen en un espacio estructurado contando con información mínima.
- La Actitud: Expresa una actitud general, positiva o negativa, hacia el objeto de representación.

En este orden de ideas, las creencias han sido definidas por varios autores, es claro que son representaciones sociales, que pretenden unificar lo individual y lo colectivo; y, cumplen la función social de orientar el comportamiento personal, el grupal, en el contexto de las relaciones sociales. (Jodelet, 2003).

En forma de conclusión, Aigner (2017) destaca “cinco definiciones claves, sobre actitudes y creencias:

- Las creencias son la base de las actitudes.
- Las actitudes se pueden referir a objetos y situaciones.
- Las actitudes son predisposiciones para actuar a partir de la experiencia.
- Son predisposiciones que necesitan de estímulos socioculturales.
- El núcleo de estas predisposiciones lo constituyen los valores que orientan el comportamiento y son la fuerza motivacional” (p.3).

Posteriormente de haber realizado una exhaustiva descripción de las actitudes y creencias, a continuación, se explicará y complementará la estrecha relación de estos dos términos con la enfermedad mental.

Las actitudes de los individuos hacia la enfermedad mental, no surgen en el momento de la enfermedad, sino que se desarrollan con el tiempo. Las personas aprenden desde pequeños que hay algunas personas que tienen un comportamiento inusual y son potencialmente peligrosas, a las que se les llama “locos”. Aprenden a evitarlos o rechazarlos (Esguerra, 1996).

En salud mental, la falta de conocimiento o percepciones erróneas, las actitudes y disposiciones emocionales hacia estas personas y, el comportamiento resultante, son las bases para el desarrollo de la etiqueta, estereotipos, la discriminación y, otros comportamientos, que tendrán un impacto, no solo en el desarrollo o progresión de la enfermedad, sino también en la vida cotidiana del individuo, es decir, en su integración social y autoestima. Franco y Marín (2018).

Acotando al concepto citado con anterioridad, Argüello, (2017, citado Hahn por 2002) expone que “existe varias concepciones de actitudes hacia la enfermedad mental descritas por el autor:

- Actitudes de Separación: Se define como la percepción que tiene algunos individuos, de que las personas con enfermedades mentales, son únicas y deben mantenerse aisladas o separadas.
- Actitudes Estereotipadas: Se refiere a la percepción de que las personas con enfermedad mental, tienen diferentes patrones de comportamiento y habilidades mentales.
- Actitudes de Restricción: Definidos como una visión confusa de los derechos de las personas con enfermedad mental.
- Actitud de Benevolencia: Definidos como una actitud amable a una persona que padece una enfermedad mental.

- Actitudes de Predicción: Manera en la que se cree que las personas con enfermedad mental, no pueden mejorar y que la actitud de la sociedad hacia ellas es pesimista.
- Actitudes Estigmatizantes: Las personas creen que la enfermedad mental es terrible y que el individuo que la padece no debe decir nada al respecto” (p.8)

Acotando las acepciones e ideas señaladas, existen varias concepciones de actitudes, las ideas erróneas suponen una preocupación, puesto que estas predisponen a tener pensamientos negativos hacia personas que padecen enfermedades mentales. Posee un grupo de opiniones equivocadas, conductas de distanciamiento, miedo y actos excluyentes que entorpecen los procesos de curación y aumenta el riesgo de exclusión. Mariño (2016)

Los estudios acerca de las actitudes de los individuos, hacia la enfermedad mental, han revelado que tiene información limitada, lo cual es una barrera importante para la población, puesto que, altera su conducta, ya sea por su propia cuenta o como resultado de las acciones de otras personas. (Familiares o amigos) Álvarez y Almeida (2008).

Según (Hernández et al., 2022) Es necesario señalar que “una gran parte de la población tiene una actitud negativa hacia la salud y enfermedad mental, es rechazada, en consecuencia, se generara creencias, estigmas y mitos que lo rodean se conviertan en obstáculos y barreras para el progreso y aceptación de la salud mental como algo normal que puede afectar a cualquier persona” (p.11).

1.4. Salud mental en el ámbito educativo en el estado ecuatoriano

Los temas relacionados a la salud mental son analizados en el ámbito educativo, sin la participación de sus protagonistas principales, los estudiantes, quienes se inhiben de expresar sus emociones por temor, debido a que el entorno social desaprueba manifestaciones como la ira, la tristeza, el miedo, etc., las cataloga como emociones

negativas, aspecto que ha causado daño en la población estudiantil; este problema se puede resolver, cuando se entiende que las emociones son respuestas adaptativas al entorno y, que tiene un propósito para la existencia humana. (Dzib, 2018).

Kutcher (2019), complementa la idea expuesta, mencionando que muchas entidades educativas, han citado las razones por las que la salud y las enfermedades mentales, no se han abordado adecuadamente, como el estigma, el miedo y, la falta de conocimientos sobre estos temas; se han creado a su vez materiales para la educación y salud mental con el fin de ayudar a eliminar algunos de estos obstáculos.

Así pues, Patiño (2020, como se citó en Rosa et al., 2020) expone que el mantenimiento de la salud mental, es un tema fundamental que afrontan las universidades, aunque este tema no es nuevo, un nuevo modelo educativo, le ha dado nuevas dimensiones en el contexto referente a la educación; las universidades han luchado previamente con una serie de problemas relacionados con la incomodidad y sufrimiento subjetivo del alumnado, es por esto que, es importante darse cuenta que la universidad es, a más de un lugar para estudiar y formarse, una red de apoyo socioafectivo.

Señala Micin y Bagladi (2011, como se citó en Florenzano, 2006) que la salud mental cobra mayor importancia, en un sistema educativo diversificado, que incluye una amplia gama de estudiantes, fenómeno que se ha observado previamente alrededor del mundo y, que ha llevado a profundizar y establecer sistemas universitarios de salud.

Por lo tanto, Alarcón (2019), señala que las instituciones académicas deben tomar múltiples medidas, para controlar o mejorar esta situación, que parece afectar alrededor del 25% de su alumnado; en materia de prevención, el objetivo es ofrecer un ambiente cálido, alegre y acogedor, enfocado en el bienestar académico, espiritual e intelectual de los estudiantes; la universidad debe mantener su misión fundamental, de formar profesionales calificados con genuina

calidad humana, paz mental y una visión global del futuro, esta misión debe ser honrada en todo aspecto dentro de la universidad, desde un cimiento físico hasta las destrezas de los docentes y, su labor de enseñanza, aprendizaje, hasta actividades culturales y sociales.

En este ámbito académico universitario, se han observado distintas carencias por parte de los estudiantes como de los docentes, por eso, Casasola, (2020) comparte que el método de enseñanza tiene cierto grado de impacto, en el confort o malestar emocional de los estudiantes universitarios; cada modelo educativo diseñado para los estudiantes, debe ser consciente de sus características únicas, es importante considerar los cambios de actitud, físicos y cognitivos, que afectan su aprendizaje.

De tal manera, el mismo autor refiere, que el rendimiento académico está decayendo en la educación superior, debido a la falta de estrategias didácticas y conocimiento de nuevos objetivos educativos; la calidad del trabajo del estudiante inicia con la calidad de la instrucción de sus docentes; los estudiantes se desaniman, como resultado del uso ineficaz de estrategias educativas innovadoras por parte de las instituciones, es necesario destacar que el rendimiento académico óptimo se logra, cuando existe una adecuada salud mental de los estudiantes. Además, Zapata (2021) agrega que, aunque los estudiantes constituyen el centro entorno al cual gravita todo el sistema educativo, se debe desarrollar estrategias para cuidar la salud mental de maestros, administradores y, por supuesto, de los estudiantes.

Morales (2010, como se citó en Poveda et al., 2006), manifiesta “que se realizó una investigación titulada: Evaluación del Estado de Salud Mental en Estudiantes Universitarios en la que señalan que: una correcta formación académica de los futuros profesionales requiere un estado óptimo de salud mental. Sin embargo, esta condición no suele cumplirse, una combinación de factores como el exceso de trabajo, la falta de

tiempo, o la incompatibilidad entre las relaciones personales y las obligaciones formativas, crea una alta prevalencia de malestar psicológico dentro de la población universitaria” (p.32).

Por otro lado, en un acercamiento a la realidad de nuestro país, se puede decir que el sistema de salud mental en el Ecuador ha evolucionado en la última década, siendo uno de sus principales logros, el Modelo de Atención Integrada Familiar, Colectiva e Intercultural (MAIS-FCI), que establece que la salud mental, depende de factores biológicos y, del entorno en donde se desarrollan; también reconoce la importancia de cada paciente, de su familia, de las organizaciones comunitarias, y el rol que desempeña el profesional de la salud mental, que tiene un papel trascendental, de manera esencial en la atención primaria. (Camas, 2018).

En este orden de ideas, se examina la situación de la salud mental en el Ecuador, mediante los apartados propuestos por el Ministerio de Salud Pública (MSP) (2014):

1. Sistema de salud: El sistema de salud del país, se ha distinguido históricamente por estar dividido, pero con la creación de la Red Pública Integral de Salud y el complemento del sector privado, actualmente se avanza en la coordinación entre actores y definición de funciones entre subsistemas.
2. Perfil de problemas de salud mental: Cuando se trata de problemas de salud mental, podemos observar casos de morbilidad, incluyendo depresión leve (19%), trastorno de habilidades escolares (14%) y problemas de comportamiento en niños y adolescentes (13%), así como problemas con las relaciones de pareja (6%) y abuso sexual infantil (2%) y violencia y maltrato (10%), así como trastornos hiperkinéticos e hiperactividad.
3. Recursos humanos en salud mental: Cabe destacar el hecho de que las prácticas preprofesionales de la psicología, están enfocadas en el modelo hospitalario que,

no existen muchas instituciones académicas o médicas, que permitan a los estudiantes trabajar en servicios comunitarios de salud mental; los profesionales de la salud en nuestro país también carecen de formación de pregrado especializada en salud mental.

4. Presupuesto: En el año 2012, se destinaron a la salud 1.881.061.197 millones de dólares; para acciones de salud mental, se destinó 8.308.210, o sea, 0,44% del presupuesto del Ministerio de Salud Pública (MSP); mientras que, el 98,57% del referido presupuesto, se destinó a hospitales psiquiátricos.

Según Moreta et al., (2018 como se citó Ullauri et al., 2015 y Aguirre, 2016), dado que la salud preventiva aún se encuentra en plena implementación a nivel profesional e institucional, es interesante notar que la salud en el Ecuador, pone un fuerte énfasis en las manifestaciones clínicas de la enfermedad, de otro modo, Moreta et al., (2018 como se citó en Gulliver et al., 2010), acota que “debido a las barreras interpersonales como el estigma asociado a la enfermedad o discapacidad, la dificultad para reconocer los síntomas y, la preferencia por la autosuficiencia, que posterga la intervención médica oportuna, la población también busca atención médica más tarde, a pesar de la gravedad de sus síntomas”(p.112).

Se debe trabajar en varias áreas; entre las más relevantes, en la promoción de la salud mental, como un aspecto vital de la salud pública, en la reducción de las desigualdades, en la capacidad de estandarizar las prácticas profesionales e institucionales, en la protección de los derechos humanos de los usuarios, etc. (Proyecto de Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador, 2020).

Broncano (2022), resalta la necesidad de una seria discusión, sobre los patrones de la cultura emocional, para aplicarlo en el campo de la educación, implementar la enseñanza emocional, por medio de charlas, talleres e incluso, integrarla como asignatura

en la malla académica; incorporar una visión multidisciplinaria, para tratar los trastornos mentales, superando las diferencias de criterio existentes entre las diversas profesiones, sobre las formas de mirar dichos trastornos.

Cuenca et al., (2020) señalan que “En la actualidad la salud mental de los universitarios es un tema relevante para los docentes, pues constituye una situación limitante para lograr potenciar sus competencias profesionales y sociales” (p. 1).

En conclusión, se puede decir que las universidades son instituciones, que más allá de cumplir con sus objetivos académicos y formativos, deben preservar la salud de sus estudiantes, docentes y administrativos, promoviendo conocimientos y habilidades, que conduzcan a la adopción de buenos estilos de vida; estas entidades deben enfocarse en la transmisión de hábitos saludables, orientados hacia un bienestar personal y comunitario; además se debe promover y concientizar, sobre la salud y la enfermedad mental, por medio de una educación dirigida, que predisponga conscientemente al individuo, para aceptar que tiene un conflicto que no lo puede manejar, para vencer el estigma social, el temor a ser ridiculizado o censurado, por solicitar ayuda psicológica y, de ésta manera, lograr la realización plena, de todos los integrantes de la comunidad universitaria.

CAPÍTULO II

En el presente apartado se exponen las bases utilizadas para la investigación, tales como su metodología, pregunta de investigación, objetivos, población y muestra, herramientas metodológicas y su proceso de aplicación, criterios de inclusión y exclusión, análisis estadístico de los datos obtenidos, los mismos que aportaron, en la obtención de los resultados que se exponen adelante.

2. Marco metodológico

2.1. Descripción de la investigación

Este estudio cuantitativo de tipo comparativo, de alcance descriptivo relacional y corte transversal, tuvo como propósito relacionar las actitudes y creencias que tienen los estudiantes pertenecientes a la Escuela de Ingeniería Civil, frente a la posibilidad de iniciar un proceso psicoterapéutico, conviene enfatizar que la investigación no estableció correlaciones ni conexiones causales. Este estudio se realizó en la Facultad de Ciencia y Tecnología, Escuela de Ingeniería Civil de la Universidad del Azuay, que prioriza estudios técnicos, desligados del área de salud. La muestra implica la participación de 230 estudiantes, pertenecientes a los primeros, terceros, quintos, séptimos y novenos ciclos de la carrera antes mencionada, que participaron de manera voluntaria en la investigación, el grupo fue uniforme, sus rasgos principales fueron el desconocimiento sobre la importancia de la salud mental, trastornos relacionados; y, un manifiesto desinterés por las carreras relacionadas con el área de la salud.

El enfoque cuantitativo según Neill y Cortez (2018), es la ejecución sistemática de recoger y examinar datos, de diversas fuentes, utilizando herramientas tecnológicas, estadísticas y de cálculo, con el fin de producir y obtener resultados.

Según Taquez et al., (2015), implica correlacionar variables, generalizar los hallazgos a través de una muestra y, singularizar los hallazgos, para sacar

conclusiones sobre la población que representa la muestra en su conjunto; también, de acuerdo con Yucra y Bernedo (2020), se considera como “una inferencia estadística del método científico para agregar los paradigmas de los hechos, la estructura de la ciencia, la verificación de hipótesis o la realización de investigaciones para cambiar un hecho”(p.108); logra su objetivo al cuantificar el problema e interpretar qué tan amplia, es la búsqueda de resultados que puedan proyectarse, en una población más grande. Neill y Cortez (2018).

Se realizó un análisis de datos, de las encuestas aplicadas, para establecer descriptivamente, las relaciones que pudieran existir, entre las diferentes variables expuestas, utilizando herramientas como la ficha sociodemográfica y el Cuestionario de Opiniones hacia la enfermedad mental, tomando en consideración la naturaleza y necesidades de la investigación, que busca establecer una relación entre las actitudes y creencias de los estudiantes, con los datos sociodemográficos y, la posibilidad de iniciar un proceso psicoterapéutico.

2.2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las actitudes y creencias acerca de la enfermedad mental y la posibilidad de un proceso terapéutico por parte de los estudiantes de la Escuela de Ingeniería Civil de la Universidad del Azuay?

2.3. Descripción de los objetivos

2.3.1. Objetivo general

Relacionar las actitudes y creencias que tienen los estudiantes pertenecientes a la Escuela de Ingeniería Civil de la Universidad del Azuay, frente a la posibilidad de iniciar un proceso psicoterapéutico.

2.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a los estudiantes participantes a partir de datos sociodemográficos.

- Describir las actitudes y creencias acerca de la enfermedad mental.
- Relacionar las actitudes y creencias sobre la enfermedad mental con los datos sociodemográficos y la apertura a un proceso psicoterapéutico.

2.4. Población y muestra

El universo estuvo conformado por 230 estudiantes, pertenecientes a la escuela de Ingeniería Civil de la Facultad de Ciencia y Tecnología de la Universidad del Azuay, en el período 2022-2023. El muestreo fue estratificado, ya que la población seleccionada consta de estudiantes de primero, tercero, quinto, séptimo y noveno ciclo.

Del universo de la muestra original, a continuación se desglosará la cantidad de participantes de cada uno de los ciclos seleccionados: De la población de los primeros ciclos, se procedió a extraer un N=53 participantes (23%); de igual manera, de los terceros ciclos, se extrajo un N=29 participantes (13 %); de los quintos ciclos, se extrajo un N=29 participantes (13%); de los séptimos ciclos, se extrajo una cantidad de N=55 participantes (24%); y, por último, de los novenos ciclos, se extrajo una cantidad de N=64 participantes (27 %).

Se contó con la autorización del representante de la facultad de Ciencia y Tecnología, además de los docentes de esta carrera. Por otro lado, se suscribió un consentimiento informado, por parte de cada uno de los estudiantes, para su participación voluntaria. (Anexo 1)

Para la ubicación de los individuos en el área geográfica, se eligió de forma aleatoria, ya que dentro de la facultad, no se nos proporcionó listas de cada uno de los estudiantes y, de los cursos existentes por cada ciclo, por lo tanto, se seleccionó de acuerdo con el criterio de las administradoras.

Los beneficiarios directos serán los representantes de la facultad de Ciencia y Tecnología, es decir, los estudiantes que fueron participes de la investigación y, la facultad de Psicología por los resultados obtenidos de la misma.

2.4.1. Criterios de inclusión

- Edad que oscile entre los 18 y 25 años.
- Estudiantes pertenecientes a la Escuela de Ingeniería Civil de la Universidad del Azuay, misma que fue elegida debido a que corresponde a una carrera técnica, que no presenta contacto con temas relacionados al área de salud.

2.4.2. Criterios de exclusión

- Estudiantes que rebasen el rango de edad propuestos por las investigadoras.
- Estudiantes ajenos a la Escuela de Ingeniería Civil.
- Estudiantes con diagnóstico de COVID positivo.

2.5. Herramientas metodológicas

2.5.1. Ficha sociodemográfica

La ficha sociodemográfica es una parte importante en esta investigación, debido a que va dirigida los estudiantes de cada uno de los ciclos de la escuela antes mencionada, con el propósito de recolectar más información y, tener una base más sólida para la investigación.

Se aplicó esta ficha sociodemográfica a cada uno de los estudiantes, la misma que constaba de 13 preguntas, de la 1 a la 6 se componía de datos anónimos y generales como edad, ciclo, estado civil, lugar de procedencia, y situación laboral; de la 7 a la 13 eran preguntas de conocimiento sobre el tema propuesto en esta investigación. (Anexo 2).

2.5.2. Cuestionario de opiniones hacia la enfermedad mental (OMI)

Ruiz (2015), hace una aproximación al estudio de las opiniones, acerca de la salud mental, misma que consta de sus definiciones, variables, factores y validez del mismo, de tal manera que se expone a continuación:

El cuestionario OMI (Cuestionario de Opiniones hacia la enfermedad mental) fue elaborado por Cohen y Struening en 1962, éste evalúa la actitud hacia la enfermedad mental del público en general, fue validado en España por Ozamiz, es uno de los más completos, este es un cuestionario tipo Likert, es decir, es una táctica de investigación que maneja una escala de calificación, para conocer el nivel de acuerdo y desacuerdo de las personas sobre un tema. (Anexo 3).

Ruiz (2015) expone que este cuestionario consta de 63 preguntas, cada pregunta agrupada en 5 factores, entre ellos se encuentran: El negativismo, etiología social/interpersonal, autoritarismo, restrictividad y prejuicio.

Factor 1: Negativismo

Supone cierto riesgo de pacientes, que padecen enfermedades mentales, y siente la necesidad de encerrarlos y, mantener distancia de ellos.

Factor 2: Etiología social/ Interpersonal

Describe cierta condescendencia, tolerancia, justificando la procedencia de la enfermedad mental, la cual no se pudo evitar.

Factor 3: Autoritarismo

Expone actitudes intransigentes o de rechazo, hacia personas que adolecen enfermedades mentales.

Factor 4: Restrictividad

Destaca la creencia que describe la insuficiencia de los pacientes que padecen alguna enfermedad mental, para desenvolverse en diferentes actividades, como en el

ámbito laboral o en su entorno social, restringiéndose el derecho a vivir donde quieran, afirmando que socialmente no son hábiles, que no prefieren convivir en comunidad.

Factor 5: Prejuicio

Sustenta que se confrontan con prejuicios hacia la enfermedad mental, lo que provoca incomodidad, miedo, etc.; ya que los encuestados, los miran como personas diferentes, anormales, por tanto, no los creen aptos para laborar.

Descrito cada uno de los factores dentro de este cuestionario, para el mismo autor Ruiz (2015), las preguntas están agrupadas en 5 factores, como lo han propuesto los autores del cuestionario.

Factor 1/Negativismo: Preguntas: 40, 32, 31, 46, 36, 51, 52, 29, 43, 26, 4, 49, 6 y 60.

Factor 2/Etiología social-Interpersonal: Preguntas: 16, 25, 15, 35, 17, 5, 6, 20, 19, 11, 7, 63 y 42.

Factor 3/ Autoritarismo: Preguntas: 54, 39, 22, 47, 12, 9 y 45.

Factor 4/ Restrictividad: Preguntas: 3, 41,23 y 50.

Factor 5/Prejuicio: Preguntas: 56, 55, 27 y 44.

Existen 20 preguntas que no están incluidas en ningún factor.

2.6. Procedimiento

1. Se solicitó autorización al señor Decano de la Facultad de Ciencia y Tecnología; con dicha autorización, se solicitó a los docentes que impartían asignaturas en la indicada Escuela, el acceso para la aplicación del material investigativo a los estudiantes.
2. Antes de la aplicación del material investigativo, se pidió a los estudiantes la lectura minuciosa y suscripción, de un consentimiento informado, el mismo que se utilizó para la confirmación de su participación libre y voluntariamente.

3. Se procedió a la revisión del material con el Director a cargo del proyecto de investigación, el mismo que verificó y validó la información obtenida, tanto de la ficha sociodemográfica como del cuestionario (OMI).
4. Para la aplicación del material, se dieron a conocer indicaciones generales a los estudiantes, además de responder inquietudes de cada uno de ellos; esta aplicación se realizó dentro del tiempo establecido.

2.7. Análisis estadístico

Para procesar la información recolectada, se utilizarán los programas de Microsoft Office Excel, con la finalidad de tener mayor precisión en la obtención de los datos. Se realizarán tablas de frecuencia, estadísticos descriptivos, caracterización de los estudiantes según la encuesta sociodemográfica, tablas de relación. Por otra parte, se utilizará el software SPSS V.21 para el procesamiento de datos.

CAPITULO III

3. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

En este apartado se abordan los resultados cuantitativos y descriptivos, hallados en la investigación; además, se evidencia el proceso de obtención de datos, mediante la organización de información en distintas tablas de frecuencia, con el fin de solventar la pregunta de investigación antes mencionada; también se brindan detalles de variables significativas y no significativas, relaciones entre variables y distanciamientos entre las mismas.

3.1. Caracterización de los estudiantes a partir de la encuesta sociodemográfica

Tabla 1. Distribución de los estudiantes según grupos de edad, sexo, estado civil, ciclo, situación laboral y lugar de procedencia

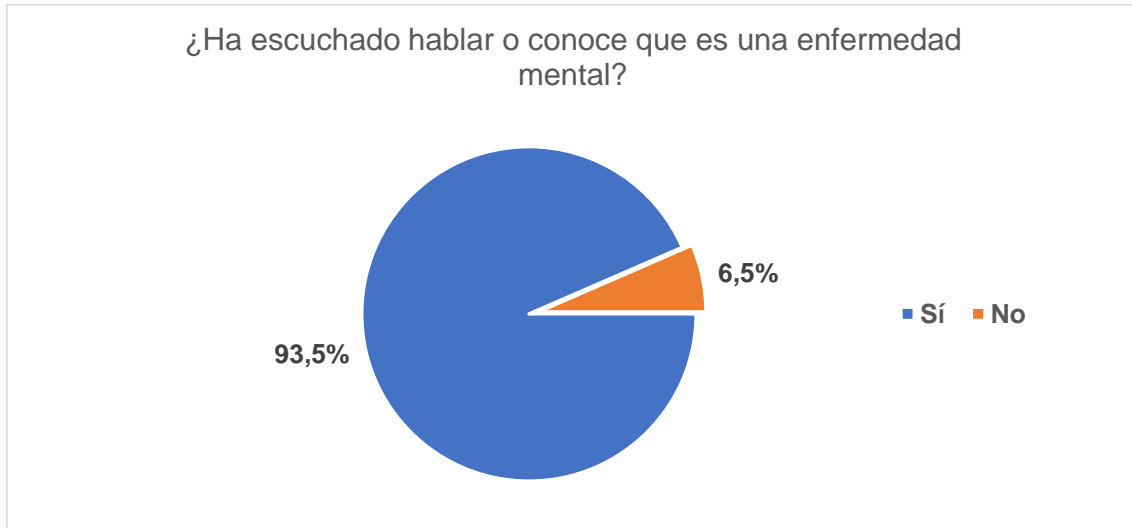
Variables	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Grupos de edad	18 a 20 años	109	47,4%
	21 a 23 años	88	38,3%
	24 a 25 años	21	9,1%
	26 años o más	12	5,2%
Sexo	Femenino	67	29,1%
	Masculino	161	70,0%
	Prefiere no decir	2	0,9%
Estado Civil	Soltero/a	224	97,4%
	Casado/a	3	1,3%
	Unión Libre	3	1,3%
Ciclo	Primero	53	23,0%

	Tercero	29	12,6%
	Quinto	29	12,6%
	Séptimo	55	23,9%
	Noveno	64	27,8%
Situación Laboral	Empleo de medio tiempo	36	15,7%
	Empleo de tiempo completo	4	1,7%
	Desempleado	158	68,7%
	Trabajo independiente	32	13,9%
Lugar de procedencia	Cuenca	159	69,1%
	Otra ciudad	71	30,9%
Total		230	100,0%

De acuerdo con los resultados de la *Tabla 1*, el grupo de edad más frecuente fue de 18 a 20 años, representando el 47,4% del total; el 70,0% eran de sexo masculino; 97,4% solteros; 27,8% pertenecían al noveno ciclo; 68,7% desempleados; y, 69,1% residían en la ciudad de Cuenca, al momento del estudio.

3.2. Actitudes y creencias acerca de la enfermedad mental

Ilustración 1 Distribución de los estudiantes según han escuchado hablar o conocer acerca de las enfermedades mentales



Según la *Ilustración 1*, el 93,5% de los estudiantes encuestados han escuchado hablar o conocer acerca de las enfermedades mentales.

3.3. Tablas de frecuencia

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de estudiantes según actitudes y creencias acerca de la enfermedad mental

Pregunta	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Total
En caso de que usted padeciera un trastorno mental, le gustaría recibir tratamiento psicoterapéutico por parte de un profesional de la salud mental	144 (62,6%)	81(35,2%)	3(1,3%)	2(0,8%)	230 (100,0%)

¿El padecimiento de una enfermedad mental afecta o limita la capacidad de estudio o trabajo de una persona?	104(45,2%)	112(48,6%)	13(5,6%)	1(0,4%)	230(100,0%)
Considera que el tratamiento psicoterapéutico es dirigido únicamente una población con trastornos mentales graves	34(14,7%)	85(36,9%)	80(34,7%)	31(13,4%)	230(100,0%)
Está de acuerdo con que una persona cercana a usted reciba tratamiento psicoterapéutico en caso de ser necesario	161(70,0%)	64(27,8%)	5(2,1%)	0(0,0%)	230(100,0%)
¿Cree usted que los tratamientos psicoterapéuticos para la Enfermedad Mental son eficaces en la gran mayoría de casos?	68(29,5%)	138(60,0%)	20(8,6%)	4(1,7%)	230(100,0%)
¿Estaría usted dispuesto/a recibir un tratamiento psicoterapéutico de ser necesario en el futuro?	134(58,2%)	85(36,9%)	6(2,6%)	5(2,1%)	230(100,0%)

Como se puede observar en la *Tabla 2*, el 62,6% de los encuestados se encuentran muy de acuerdo, respecto a que les gustaría recibir tratamiento psicoterapéutico por parte de un profesional de la salud mental, en caso de que padecieran un trastorno mental. El 48,6% se sienten de acuerdo, respecto a que el padecimiento de una enfermedad mental afecta o limita la capacidad de estudio o trabajo de una persona.

Asimismo, 36,9% están de acuerdo con que el tratamiento psicoterapéutico es dirigido únicamente a una población con trastornos mentales graves. Por otro lado, el 70,0% están muy de acuerdo con que una persona cercana a ellos reciba tratamiento psicoterapéutico en caso de ser necesario.

El 60,0% de los estudiantes están de acuerdo con que los tratamientos psicoterapéuticos para la Enfermedad Mental, son eficaces en la gran mayoría de casos. Finalmente, el 58,2% están muy de acuerdo en que están dispuestos a recibir un tratamiento psicoterapéutico, de ser necesario, en el futuro.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de estudiantes según experiencia acerca de la enfermedad mental

¿Qué experiencia tiene usted de la enfermedad mental?	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna experiencia	175	76,1%
Alguna experiencia	55	23,9%
Familiar	21	9,1%
Amigos / conocidos / personas cercanas	13	5,7%
Depresión y ansiedad	4	1,7%
Atención/consulta psicológica	3	1,3%
Ansiedad	2	0,9%
Ansiedad (consulta psicológica)	2	0,9%
Depresión	2	0,9%
Atención psiquiátrica	1	0,4%
Consulta psiquiátrica	1	0,4%
Depresión e ira	1	0,4%

Estrés, depresión y ansiedad	1	0,4%
Mala memoria (corto plazo)	1	0,4%
Mala memoria, escuchar voces	1	0,4%
No hay cooperación del paciente	1	0,4%
Problemas psicológicos	1	0,4%
Total	230	100,0%

Según los resultados de la *Tabla 3*, el 23,9% de los encuestados ha tenido alguna experiencia respecto a la enfermedad mental; de estos, 9,1% ha tenido experiencia por un familiar; y, 5,7% por amistades, conocidos o personas cercanas.

3.4. Relación de las actitudes y creencias sobre la enfermedad mental con los datos sociodemográficos y la apertura de un proceso psicoterapéutico.

Tabla 4. Relación entre conocimiento sobre enfermedad mental y variables sociodemográficas

Variables	Categorías	¿Ha escuchado hablar o conoce que es una enfermedad mental?		Total	p-valor
		Sí	No		
Grupos de edad	18 a 20 años	102 (44,3%)	7 (3,0%)	109 (47,3%)	0,407
	21 a 23 años	84 (36,5%)	4 (1,7%)	88 (38,2%)	
	24 a 25 años	19 (8,2%)	2 (0,8%)	21 (9,1%)	
	26 años o más	10 (4,3%)	2 (0,8%)	12 (5,2%)	
Sexo	Femenino	64 (27,8%)	3 (1,3%)	67 (29,1%)	0,661
	Masculino	149 (64,7%)	12 (5,2%)	161 (70,0%)	

	Prefiere no decir	2 (0,8%)	0 (0,0%)	2 (0,8%)	
	Soltero/a	210 (91,3%)	14 (6,0%)	224 (97,3%)	
Estado Civil	Casado/a	3 (1,3%)	0 (0,0%)	3 (1,3%)	0,152
	Unión Libre	2 (0,8%)	1 (0,4%)	3 (1,3%)	
Lugar de procedencia	Cuenca	150 (65,2%)	9 (3,9%)	159 (69,1%)	0,429
	Otra ciudad	65 (28,2%)	6 (2,6%)	71 (30,8%)	
Ciclo	Primero	49 (21,3%)	4 (1,7%)	53 (23,0%)	0,265
	Tercero	25 (10,8%)	4 (1,7%)	29 (12,6%)	
	Quinto	28 (12,1%)	1 (0,4%)	29 (12,6%)	
	Séptimo	54 (23,4%)	1 (0,4%)	55 (23,9%)	
	Noveno	59 (25,6%)	5 (2,1%)	64 (27,8%)	
Situación Laboral	Desempleado	150 (65,2%)	8 (3,4%)	158 (68,6%)	0,184
	Trabajando	65 (28,2%)	7 (3,0%)	72 (31,3%)	
Total		215 (93,4%)	15 (6,5%)	230 (100,0%)	

De acuerdo con los resultados de la *Tabla 4*, ninguna de las variables sociodemográficas se encontró significativamente asociada, con haber escuchado hablar o conocer qué es una enfermedad mental, pues los valores p se encontraron superiores al nivel de significancia de 0,05.

Tabla 5. Relación entre disposición a recibir un tratamiento psicoterapéutico y variables sociodemográficas

Variables	Categorías	¿Estaría usted dispuesto/a a recibir un tratamiento psicoterapéutico de ser necesario en el futuro?		Total	p-valor
		Si	No		

		Sí	No		
Grupos de edad	18 a 20 años	105 (45,6%)	4 (1,7%)	109 (47,3%)	0,166
	21 a 23 años	84 (36,5%)	4 (1,7%)	88 (38,2%)	
	24 a 25 años	18 (7,8%)	3 (1,3%)	21 (9,1%)	
	26 años o más	12 (5,2%)	0 (0,0%)	12 (5,2%)	
Sexo	Femenino	66 (28,6%)	1 (0,4%)	67 (29,1%)	0,299
	Masculino	151 (65,6%)	10 (4,3%)	161 (70,0%)	
	Prefiere no decir	2 (0,8%)	0 (0,0%)	2 (0,8%)	
Estado Civil	Soltero/a	213 (92,6%)	11 (4,7%)	224 (97,3%)	0,857
	Casado/a	3 (1,3%)	0 (0,0%)	3 (1,3%)	
	Unión Libre	3 (1,3%)	0 (0,0%)	3 (1,3%)	
Lugar de procedencia	Cuenca	152 (66,0%)	7 (3,0%)	159 (69,1%)	0,686
	Otra ciudad	67 (29,1%)	4 (1,7%)	71 (30,8%)	
Ciclo	Primero	52 (22,6%)	1 (0,4%)	53 (23,0%)	0,137
	Tercero	25 (10,8%)	4 (1,7%)	29 (12,6%)	
	Quinto	27 (11,7%)	2 (0,8%)	29 (12,6%)	
	Séptimo	53 (23,0%)	2 (0,8%)	55 (23,9%)	
	Noveno	62 (26,9%)	2 (0,8%)	64 (27,8%)	
Situación Laboral	Desempleado	151 (65,6%)	7 (3,0%)	158 (68,6%)	0,711
	Trabajando	68 (29,5%)	4 (1,7%)	72 (31,3%)	
Total		219 (95,2%)	11 (4,7%)	230 (100,0%)	

Según los resultados de la *Tabla 5*, las variables sociodemográficas no se encuentran relacionadas significativamente con la disposición a recibir un tratamiento psicoterapéutico, pues los valores p son superiores a 0,05.

3.5. Estadístico Descriptivo.

Tabla 6. Estadística descriptiva de subescalas o factores del cuestionario OMI.

Subescala	Media	Desv. Estándar	IC (95%)	
			Lim. Inf.	Lim. Sup.
Factor 1: Negativismo	3,75	0,834	3,64	3,86
Factor 2: Etiología social / interpersonal	3,32	0,762	3,22	3,42
Factor 3: Autoritarismo	2,39	0,607	2,31	2,46
Factor 4: Restrictividad	3,08	0,744	2,99	3,18
Factor 5: Prejuicio	2,77	0,711	2,68	2,86

De acuerdo con la *Tabla 6*, el factor o subescala con mayor valor promedio fue el Negativismo con una puntuación media de 3,75 (IC_{95%}: 3,64–3,86); mientras que el factor con menor puntuación promedio fue el Autoritarismo con una media de 2,39 (IC_{95%}: 2,31–2,46).

Tabla 7. Análisis de diferencia estadística entre las medias por factores o subescalas respecto a disposición a recibir tratamiento psicoterapéutico.

Factor (subescala)	¿Estaría usted dispuesto/a recibir un tratamiento psicoterapéutico de ser necesario en el futuro?	N	Media	Desv. Estándar	p-valor
Factor 1: Negativismo	Sí	219	3,77	0,823	0,041
	No	11	3,25	0,933	
Factor 2: Etiología social /	Sí	219	3,33	0,762	0,474
	No	11	3,16	0,792	

ismo	Autoritar	Factor 3:	Sí	219	2,36	0,588	
			No	11	2,81	0,829	0,018
vidad	Restricci	Factor 4:	Sí	219	3,08	0,728	
			No	11	3,18	1,049	0,658
	Prejuicio	Factor 5:	Sí	219	2,76	0,695	
			No	11	2,95	0,999	0,380

Según los resultados de la *Tabla 7*, existen discrepancias significativas para las medias del factor 1, negativismo, según estar dispuesto o no a recibir un tratamiento psicoterapéutico ($p = 0,041$); asimismo, también fue significativa la diferencia de medias en el factor 3, autoritarismo, con un valor p de 0,018.

Con la información brindada, se concluye que el grupo de edad más común es de 18 a 20 años, de sexo masculino, solteros pertenecientes a noveno ciclo y un alto porcentaje de los estudiantes residentes en Cuenca. No obstante casi todos los estudiantes conocen o han escuchado hablar de la enfermedad mental, ninguno tiene experiencia personal con ella.

Las variables sociodemográficas no se han asociado con haber escuchado hablar o conocer sobre la enfermedad mental y, la posibilidad de un tratamiento psicoterapéutico, lo que implica que las variables son independientes entre sí; sin embargo, entre los resultados obtenidos también existe factores relacionados con el instrumento utilizado, asociado a las actitudes y creencias de la enfermedad mental. Uno de ellos que se destacó fue el de negativismo, es decir tiene la creencia de una supuesta peligrosidad de pacientes que padecen un trastorno, también se ha enfatizado el factor del autoritarismo, es decir, que los estudiantes tienen actitudes tolerantes hacia ellos.

Estos dos factores están asociados con recibir un tratamiento psicoterapéutico, si bien es cierto, que los estudiantes han demostrado tener actitudes tolerantes, también

creen que los pacientes que padecen una dolencia mental son peligrosos, siendo esta una barrera para recibir un tratamiento psicoterapéutico.

Se ha demostrado, a través de estos resultados, que los estudiantes tienen poco conocimiento de la salud mental, tienen creencias y perspectivas distorsionadas de la enfermedad mental, puesto que, no han estado en contacto con esta campo del conocimiento; y, a través de estas creencias equivocadas, relacionadas con una supuesta peligrosidad de estos pacientes, tienen acceso limitado a la atención psicológica y, no han reconocido la importancia de brindarse una oportunidad, de conocer y tener un espacio, para informarse, aclarar dudas, temores, relacionados al tema.

DISCUSIÓN

Las creencias y opiniones acerca de la enfermedad mental, generadas por la sociedad, la cultura, la falta o equivocada información sobre el tema, han provocado en la población, un distanciamiento hacia los profesionales de esta área.

Por esta misma razón, se realiza esta investigación, con el fin de indagar acerca de las actitudes, opiniones y creencias sobre la enfermedad mental y, la posibilidad de iniciar un proceso terapéutico, se han elegido a los universitarios de la Escuela de Ingeniería civil de la Universidad del Azuay.

El objetivo de este estudio es relacionar las actitudes y creencias de 230 estudiantes de la referida carrera, con algunas variables puestas en la encuesta sociodemográfica y el OMI.

El 70% de los estudiantes son de sexo masculino; y, el 29.1% son de sexo femenino. Hernández (2009) en su tesis acerca de las actitudes y creencias hacia la enfermedad mental, en los estudiantes de medicina del primer año de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, obtuvo como resultado que la mayor población era de sexo femenino, con el 51,3 %; y, de sexo masculino con el 48,7% (p.32). Por lo que respecta a Silva et al., (2013) en su estudio “Actitudes, conocimientos y opiniones sobre salud mental, en estudiantes de graduación en enfermería”, se menciona que la mayoría de los estudiantes son mujeres con un 91.1%; y, con un 8,9 % de sexo masculino (p.4). Álvarez y Perina (2007) en su estudio “Actitudes hacia el trastorno mental y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Una revisión sistemática de estudios en Europa, Estados Unidos, Latinoamérica y el Caribe”, muestran un 75% de participantes de género femenino y 25% de género masculino. (p.52)

En cuanto al rango de edad, se mostró en el presente estudio, que el rango con más alto porcentaje es el de 18 a 20 años con un 47,4 %. Mientras que Hernández (2009)

en su estudio obtuvo el 100% de participantes de edad entre 18 y 20 años (p.32). Por otro lado, en el estudio Silva et al., (2011) el rango de edad más alto es el de 16 a 20 años (p.4). En lo que respecta en el estudio de Álvarez Ramírez y Perina Carvajal (2007) en su estudio se encontró que la población osciló entre 18 a los 22 años. (p.52)

Mientras que el estado civil con un 97,4 % de los estudiantes solteros, en lo que atañe al estudio de Hernández (2009) su estudio obtuvo que el 100 % de los estudiantes eran solteros. (p.32)

En la presente investigación, el 76,1% de la población no han tenido ninguna experiencia con la enfermedad mental, mientras que el 23,9% ha tenido alguna experiencia, por poca información adquirida, a través de investigaciones, revistas o lectura; el 9,1 % que ha tenido experiencia ha sido por un familiar, el 5,7 % ha sido por algún amigo cercano o conocido; y, el 1,3 % ha sido por atención con profesionales de esta área. En la investigación realizada por Hernández (2009) se encontró que en cuanto a la experiencia con la enfermedad mental el 39,8 % ha respondido no tener ninguna experiencia, el 38,9 % ha tenido experiencia a través de lo que ha leído, el 10,6 % ha sido por un familiar, el 9,7 % ha acudido a consulta por el sí mismos; y, el 0,9 % ha sido por el trato con pacientes. (p.32) Por otro lado Ydrogo (2021) en su estudio “Conocimientos, actitudes, opiniones y creencias sobre la enfermedad mental en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca-2021” se observa que el 18,4 % de alumnos no han tenido ninguna experiencia. (p.49)

Relacionando la anterior variable de la experiencia obtenida en la salud mental, el presente estudio muestra el conocimiento sobre esta rama relacionado a las variables sociodemográficas.

En el estudio realizado, se pudo observar que una de las escalas presentadas en el cuestionario OMI que se destacó, fue la de negativismo, con un puntaje medio de 3,75,

es decir, la población estudiantil, mira a las personas que padecen enfermedades mentales como peligrosas, señalan que deben ser encerradas, y toman distancia de aquellas; por otro lado, en el mismo análisis, se consideró que la escala con menor puntuación es la de Autoritarismo, con un valor medio de 2,39, se sugiere que los universitarios mantienen actitudes intolerantes hacia las personas que adolecen de una enfermedad mental. Mientras que López (2022) “Estudio comparativo sobre la presencia del estigma social asociado al trastorno mental grave en estudiantes de psicología de la Universidad de Valencia”, se encontró que el 59,1 % de los estudiantes consideró agresivo, al paciente que sufre de una enfermedad mental, mientras tanto el 12% consideró a la persona afectada, peligrosa para la sociedad, por lo tanto, debe mantenerse alejada (p.61). Por otro lado, Cáceres (2022) menciona en su estudio Actitudes de los estudiantes de Tecnología Médica hacia la enfermedad mental en la Universidad Pública, Lima-2021, que el 95,9 % de los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación, tienen benevolencia con las personas que sufren esta dolencia, muestran tolerancia y compasión; de igual manera se evidencia que el 63,3 % de los estudiantes, poseen actitudes poco tolerantes hacia individuos diagnosticados con un trastornos psicológicos. (p.67)

En relación con el Test CAMI (Escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental) con base en el OMI (Cuestionario de Opiniones hacia la enfermedad mental), comparten escalas de evaluación, pero con una reducción de ítems, pudiéndose medir de igual manera lo estudiado, es por eso que, en el estudio de Jaramillo (2022) con el título de “Estigma social en adolescentes hacia personas con trastornos mentales graves” muestra que en la escala de Autoritarismo, se obtuvo una media, con un porcentaje alto de 2,66, lo que refleja, que poseen actitudes intolerantes hacia individuos que adolecen de trastornos mentales, mientras que en el indicado estudio, se presenta, que en la escala de Benevolencia, se obtuvo una media de 2,26, dicho de otra manera,

mantienen tolerancia, comprensión y justifican a las personas que sufren de enfermedades mentales, en la medida en que tiene un origen, en el cual las personas que sufren de algún padecimiento de estos, no pudieron hacer mucho por evitarlo. (p.93)

CONCLUSIONES

De acuerdo con el desarrollo de la presente investigación, acerca de las Actitudes y Creencias sobre la enfermedad mental, que tienen los estudiantes de la Escuela de Ingeniería Civil de la Universidad del Azuay, se puede concluir que, las actitudes y creencias que poseen los estudiantes encuestados, son negativas, es decir, sus actitudes y creencias muestran resistencia hacia la posibilidad de recibir un tratamiento psicoterapéutico.

Se realizó la caracterización de las encuestas sociodemográficas de los participantes y, los resultados obtenidos evidenciaron que la mayoría de la población encuestada es de sexo masculino (70%), con una edad comprendida entre 18 a 20 años (47,4%), predominantemente solteros (97,4%), como única ocupación estudiantes (68,7%), pertenecientes al noveno ciclo (27,8%), originarios de la ciudad de Cuenca (69,1%), datos extraídos de la ficha sociodemográfica de los encuestados. Es relevante mencionar que el (93,5%) de la población encuestada, ha escuchado hablar o está familiarizado con las enfermedades mentales, pero solo el (23,9%) de los participantes, reportan haber tenido alguna experiencia de primera mano. Al estratificar, se determina que el (9,1%) de quienes han percibido de cerca una enfermedad mental, lo han experimentado a través de sus familiares; y, el (5,7%) lo han percibido de su entorno social.

Los encuestados muestran actitudes negativas hacia los pacientes que padecen enfermedades mentales; al utilizar el Cuestionario OMI, como instrumento para el levantamiento de datos, se pudo identificar que existe una actitud de rechazo a quienes padecen una enfermedad mental, debido a que creen que representan un peligro tanto para ellos cuanto para la sociedad, creen que deben ser aislados ya que suponen que dichos pacientes no podrán volver a llevar una vida normal.

El presente estudio refleja que los datos caracterizados en la ficha sociodemográfica, no tienen relación alguna, con los datos caracterizados a través del cuestionario OMI, que revela las actitudes y creencias expresadas por la población encuestada. Las actitudes y creencias de una gran parte de los encuestados, revelan una manifiesta resistencia a recibir tratamiento psicoterapéutico; consecuentemente, optan por no buscar ayuda de un profesional de la salud mental, actitud que también se origina, en la falta de información relacionada al tema.

RECOMENDACIONES

La desinformación sobre el campo de la Psicología y su trabajo académico relacionado, el desconocimiento sobre los servicios de salud centrados en el área psicológica, la falta de valoración en su real dimensión, las actitudes y creencias sobre la salud y la enfermedad mental, constituyen un obstáculo que impide el acceso a recibir un adecuado tratamiento psicoterapéutico orientado a quien lo necesite. Por tal motivo, se propone las siguientes recomendaciones:

1. Realizar y promover talleres presenciales y virtuales, que brinden información sobre salud y enfermedad mental, tanto a los estudiantes como a los docentes.
2. Realizar capacitaciones a los directivos y docentes institucionales, acerca de la manera de actuar, frente a posibles casos de enfermedad mental, presentados por los estudiantes.
3. Incentivar a los estudiantes a conocer aspectos relacionados a su bienestar psicológico, rompiendo estigmas por medio de conversatorios, material audiovisual y congresos, que solventen dudas y enriquezcan sus conocimientos.
4. Promover los servicios de salud mental dentro de la Universidad del Azuay, por medio de charlas y foros, con el fin de dar a conocer los beneficios que se otorgan a quienes buscan ayuda psicológica.
5. Se sugiere implementar en la malla curricular, una asignatura correspondiente al área de salud mental, puesto que al cursar una carrera técnica, prevalece el interés por las asignaturas de su especialidad y, se mantiene desinformación y desinterés en el campo de la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Agüero, M., y Correa, G. (Eds.). (2018). Salud mental y ciudadanía: Una aproximación genealógica (Vol. 39, Número 1). Sociedad Española de Historia de la Psicología (SEHP). <https://doi.org/10.5093/rhp2018a6>
- Aigner, M. (2017). Técnicas de medición por medio de escalas. 2. <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/maigner,+6552-18194-1-CE.pdf>
- Alarcón, R. (2019). La Salud Mental de los estudiantes universitarios. *Revista Médica Herediana*, 30(4). <https://doi.org/10.20453/rmh.v30i4.3655>
- Alcobendas. (2018). Un poco de historia. Fundación Salto. <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/10/Un-poco-de-historia.pdf> (Original work published 2006)
- Alvarez, G. C. (2017). Reflexiones acerca de los derechos del enfermo mental. *Revista Estomatología*, 8, 4. https://estomatologia.univalle.edu.co/index.php/revista_estomatologia/article/view/5502 (Original work published 1999)
- Álvarez, L., y Almeida, O. (2008). Actitudes hacia el trastorno mental y la búsqueda de ayuda psicológica profesional en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga. *Rev. Fac. Med*, 56, 91–100. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v56n2/v56n2a02.pdf>
- Álvarez, L., y Pernía, L. (2007). Actitudes hacia el trastorno mental y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Una revisión sistemática de estudios en Europa,

Estados Unidos, Latinoamérica y el Caribe. Med UNAB, 19–55.
<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/127/113>

American Psychological Association. (2002). Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta American Psychological Association.,
https://ibiseducacion.org/IMG/pdf/APA2003_capacitacion.pdf

Amezcuca, M. (2016). Teoría Hipocrática de los Humores. Fundación INDEX.
<http://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=1990>

Anchundia, E., Montes, A., y Rodríguez, A. (Eds.). (2022). Salud mental comunitaria en el contexto ecuatoriano: Un estudio de revisión (Vol. 5, Número 10). Revista Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social: Tejedora.
<https://doi.org/10.56124/tj.v5i10.0056>

Argüello, P. (2017). Relación entre actitudes hacia el trastorno mental y hacia la búsqueda de servicios en salud mental [Universidad de la Sabana].
<https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/30816/Paola%20Andrea%20Arg%C3%BCello%20Rodr%C3%ADguez%20%28Tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Arreguin, A. (2016). Retos de la ética en el siglo XXI. Gestipolis.
<https://www.gestipolis.com/retos-la-etica-siglo-xxi-ensayo/>

Atlas. (2020). Cómo deben ser los principios éticos de los psicólogos. Atlas psicólogos Tres Cantos. <https://atlaspsicologostrescantos.com/psicologos-principios-eticos/#:~:text=La%20APA%20menciona%20principios%20como,y%20dignidad%20de%20las%20personas.>

- Badiou, A. (1993). LA ETICA Ensayo sobre la conciencia del Mal (R. Cerdeiras, Trad.).
2004 Editorial Herder, S. de R. L. de C. V.
https://herder.com.mx/sites/default/files/topic_files/etica_badiou_herder_muestra.pdf
- Ballesteros, B., Berrío, G., Sánchez, M., y Amaya, L. (2021). Razonamiento y juicio ético de profesionales de la psicología en Iberoamérica (1ª ed.). Universidad del Rosario. <https://doi.org/10.12804/urosario9789587848380>
- Baró, I. (2015). Ética en psicología (1980). La Psicología de la Liberación 25 años después de Martín-Baró, 6, 41.
<http://www.teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/issue/view/3>
- Betancur, G. (2016). La ética y la moral: paradojas del ser humano. Revista CES Psicología, 9, 13. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v9n1/v9n1a08.pdf>
- Boeri, M. (2005). Estados de creencia y conocimiento en platón. Pontificia Universidad Católica de Chile, 7(8), 123–139.
https://www.researchgate.net/publication/258441854_ESTADOS_DE_CREENCIA_Y_CONOCIMIENTO_EN_PLATON/citation/download
- Broncano, A. (2022). La salud mental en la escuela. Fundación periodismo plural.
<https://eldiariodelaeducacion.com/porotrapoliticaeducativa/2022/10/31/la-salud-mental-en-la-escuela/>
- Cáceres, D. (2022). Actitudes de los estudiantes de Tecnología Médica hacia la enfermedad mental en una Universidad Pública [Universidad Nacional Mayor de San Marcos].

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/18536/Caceres_jd.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Camas, V. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 6. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e162/es/>

Casasola, W. (2020). La salud mental en el modelo de educación universitaria. Hoy en el Tec. <https://www.tec.ac.cr/hoyeneltec/2020/02/05/salud-mental-modelo-educacion-universitaria>

Cavacini, D. (2020). Enfermedades mentales según la cosmovisión Inca. Topia, Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura. <https://www.topia.com.ar/articulos/enfermedades-mentales-cosmovision-inca>

Comité, C. de P. del M. y. P. A. (2015). Protocolo de acuerdo marco de principios éticos para el ejercicio profesional de los psicólogos en el Mercosur y países asociados. https://sipsych.org/wp-content/uploads/2015/09/MERCOSUR_y_Paises_Asociados.pdf (Original work published 1997)

Cuenca, N., Robladillo, L., Meneses, M., y Suyo, J. (2020). Salud mental en adolescentes universitarios latinoamericanos: Revisión sistemática. *AVFT*, 39(6), 3. <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosvenezolanosdefarmacologiayterapeutica/2020/vol39/no6/3.pdf>

De la Pienda, J. A. (Ed.). (1999). *Filosofía de las creencias* (Vol. 92). Rev. Filosofía Univ. Costa Rica. <https://inif.ucr.ac.cr/wp->

content/uploads/2022/05/Vol.XXXVII/No.%2092/Filosofia%20de%20las%20creencias.pdf

De Potestad, F., y Zuazu, A. (2003). La salud mental en el siglo XXI. *Uniroja: Norte de Salud Mental*, 10. <http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2019/01/legislazioni-ecuador-2014-2024.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2014). Política Nacional de Salud Mental 2014 - 2024. <http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2019/01/legislazioni-ecuador-2014-2024.pdf>

Defez, A. (Ed.). (2005). ¿Qué es una creencia? (Vol. 38). LOGOS. Anales del Seminario de Metafísica. <https://revistas.ucm.es/index.php/ASEM/article/download/ASEM0505110199A/15904/16835>

Díez, A. (Ed.). (2016). Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias (Vol. 37, Número 131). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100008>

Dzib, A. (2018). La importancia de la salud mental en la educación. *Revista Educ@rnos*, 1. <https://revistaeducarnos.com/la-importancia-de-la-salud-mental-en-la-educacion/>

Esguerra, I. (1996). Actitudes hacia la enfermedad mental. *Revista Unal*, 14(1), 13. <https://revistaeducarnos.com/la-importancia-de-la-salud-mental-en-la-educacion/>

Ferrero, A. (2000). La ética en psicología y su relación con los derechos humanos. *Dialnet*, 21–42. <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet->

LaEticaEnPsicologiaYSuRelacionConLosDerechosHumano-
1280363%20(1).pdf

Franco, S., y Marín, M. (2018). Visión de la enfermedad mental y el cuidado en estudiantes de enfermería: el poder del estigma [Universidad Rovira I Virgili]. <http://hdl.handle.net/20.500.11797/TFG1674>

García, S. (2022). De letárgicos y frenéticos: Descartes sobre las enfermedades de la mente. Anales del Seminario de Historia de la Filosofía, 14. <https://dx.doir.org/10.5209/ashf.78469>

Ghedin, W. H. (2012). Las enfermedades mentales. Lea S.A. <https://books.google.es/books?id=nV-FzKfI3IMC&lpg=PA1&hl=es&pg=PT7#v=onepage&q&f=false> (Original work published 2009)

Grillo, K., y Martínez, D. (2013). Karen Grillo; Dubrazka Martínez [Universidad Católica Andrés Bello]. <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAS6057.pdf>

Guano Sangoquiza, L. A. (2019). Regulación deontológica del ejercicio profesional de psicólogos y psicoterapeutas del Ecuador. Universidad Internacional SEK. <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3521/1/regulaci%C3%B3n%20deontol%C3%B3gica%20del%20ejercicio%20profesional%20de%20psic%C3%B3logos%20y%20psicoterapeutas%20del%20Ecuador.pdf>

- Gutiérrez, A., y Sandoval, P. (Eds.). (2000). Ética, derechos humanos y salud mental en el Hospital psiquiátrico de Costa Rica (Vol. 5, Número 2). Rev. Latinoam. Der. Méd. Leg. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v5-6n2-1/art11.pdf>
- Hernández, A., Domínguez, G., y Ávila, R. (2022). Salud Mental y Actitudes hacia la enfermedad mental en adultos de la ciudad de Puebla en el año 2021 [Universidad de las Américas Puebla]. http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lef/avila_jimenez_rc/etd_2051022671483.pdf
- Hernández, M. (2009). Actitudes hacia la enfermedad mental en los estudiantes de primer año de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí [Universidad Autónoma de San Luis Potosí]. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/2157/EPS1AH E00901.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Jodelet, D. (2003). Pensamiento Social e Historicidad. Relaciones. Estudios de historia y sociedad, 24(93). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13709305>
- Kutcher, S. (2019). Salud mental y educación guía comprendiendo la salud y las enfermedades mentales. <http://mentalhealthliteracy.org/schoolmhl/wp-content/uploads/2019/01/spanish-full-online-version-with-cover.pdf>
- Llanos, G., y Jaramillo, M. (2022). Estigma social en adolescentes hacia personas con trastornos mentales graves [Universidad Internacional SEK,]. <https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/4800>

- López, I. (2022). Estudio comparativo sobre la presencia del estigma social asociado al trastorno mental grave en estudiantes de psicología de la Universidad de Valencia [Universidad de Valencia]. https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/85013/TESIS_Irene.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Luis, M., y Pucciarelli, H. (Eds.). (1996). La Trepanación Craneana Una Práctica Frecuente en América Precolombina. MUSEO. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/47646/Documento_completo_.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Macaya, X., Vyhmeister, R., y Parada, B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18, 338–355. <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n2/1727-8120-hmc-18-02-338.pdf>
- Mariño, L. (2016). Actitud hacia la enfermedad mental en la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia en un hospital de la ciudad de Lima 2015 [Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5195/Mari% c3% b1o_pl.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5195/Mari%c3%b1o_pl.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Martín, C. (2021). Percepciones y actitudes hacia la Enfermedad Mental en la comunidad: influencia de las características sociodemográficas [Universidad Jaume I]. [https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/196299/TFM_2021_Mart %C3%ADnBerzalC.pdf?sequence=1](https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/196299/TFM_2021_Mart%C3%ADnBerzalC.pdf?sequence=1)
- Melguizo, E., y Alzate, M. (Eds.). (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud (Vol. 26, Número 1). *Avances en Enfermería*.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100012&lng=en&tlng=es.

Mendoza, I. (2013). La ética del Psicólogo. Utel. <https://utel.mx/blog/10-consejos-para/etica-del-psicologo/>

Micin, S., y Bagladi, V. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Scielo Terapia psicológica*, 29(1), 53–64. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006>

Monteiro, V. (2015). *Enfermedad mental, crimen y dignidad humana* (1ª ed.). Corporación Editorial Nacional. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/4904/1/SM172-Monteiro-Enfermedad.pdf>

Morales, F. (2010). Estudio de salud mental en estudiantes universitarios de la facultad de ciencias de la educación de la Universidad de Carabobo [universidad autónoma de Madrid]. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/6196/37641_morales_sosa_flor_elena.pdf?sequence=1

Moreta, R., López, C., Gordón, P., Ortiz, W., y Gaibor, I. (Eds.). (2018). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y social como predictores de la salud mental en ecuatorianos (Vol. 32, Número 124). SCIELO. <https://doi.org/10.15517/ap.v32i124.31989>

- Muñoz, N., y Robledo, V. (2017). Síndromes y trastornos clínicos diagnosticados en un centro universitario de atención psicológica. *Revista Académica UCMaule*, 24. <https://doi.org/10.29035/ucmaule.52.9>
- Neill, D., y Cortez, L. (2018). *Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica* (1ª ed.). UTMACH. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14232/1/Cap.4-Investigaci%C3%B3n%20cuantitativa%20y%20cualitativa.pdf>
- Oñate, P., Ordoñez, C., Achig, D., y Angulo, A. (Eds.). (2018). *Cosmovisión andina relacionada al uso de plantas medicinales, Sayausí - Cuenca 2016* (Vol. 36, Número 1). *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*. <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/2488>
- Ortiz, G. (Ed.). (2007). Una definición muy general. Un comentario a la definición de creencia de Villoro (Vol. 9, Número 18). *Signos Filosóficos*. <https://www.scielo.org.mx/pdf/signosf/v9n18/1665-1324-signosf-9-18-181.pdf>
- Palacio, M. (Ed.). (2005). *Vida y mundo reflexión a partir de Dilthey y Husserl* (Vol. 26, Número 42). Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5679878>
- Palencia, M., y Ben, V. (2013). Ética en la investigación psicológica: una mirada a los códigos de ética de Argentina, Brasil y Colombia. *Revista Universidad Pontificia Católica Argentina*, 9(17), 13. <https://erevistas.uca.edu.ar/index.php/RPSI/article/view/2361>

- Patiño, J. (2020). Salud mental y subjetividad: pensando en el mundo universitario pospandemia. USC Universidad Santiago de Cali. <https://doi.org/10.35985/9789585147096.5>.
- Ruiz, E. (2015). Evaluación de los conocimientos, actitudes, opiniones y creencias que tienen los adolescentes sobre la enfermedad mental. Hospital Universitario Gregorio Marañón. <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/44950415-d558-4097-983b-7fbef2edd460/d41c26a3-1cd4-4fcd-9f63-a4bf9c002e93/d41c26a3-1cd4-4fcd-9f63-a4bf9c002e93.pdf>
- Salaverry, O. (Ed.). (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental (Vol. 39, Número 3). SCIELO. <https://scielosp.org/pdf/rpmesp/2012.v29n1/143-148/es>
- Sanchez, M. (2022). Cuál es la diferencia entre ética y moral. El Mundo. <https://www.elmundo.es/como/2022/01/03/61d2c60ae4d4d88e668b45a0.html>
- Saúl, L., López, M., y Bermejo, B. (2009). Revisión de los servicios de atención psicológica y psicopedagógica en las Universidades Españolas. *Revista Acción Psicológica*, 6(1), 17–40. <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030761003.pdf>
- Silva, S., Hirata, M., y Pestana, A. (2013). Actitudes, conocimiento y opinión frente a la salud mental en estudiantes de pregrado en enfermería. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(05). <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500026>

- Stucchi, S. (2014). Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. *Revista de Neuro*, 76(4), 219. <https://doi.org/10.20453/RNP.V76i4.1170>
- Taquez, D., Gaviria, K., y Chaverra, K. (2015). Historia de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. <https://prezi.com/46fm7naf-irj/historia-de-la-investigacion-cualitativa-y-cuantitativa/>
- Torres, A. (2017). Las 6 diferencias entre ética y moral. *Psicología y Mente*. <https://psicologiaymente.com/psicologia/diferencias-etica-moral>
- Ubillos, S., Mayordomo, S., y Páez, D. (2004). Capítulo X Actitudes: definición y medición componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. En *Psicología social, cultura y educación* (pp. 301–326). <https://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo%20X.pdf>
- Vicente, E. (2018). Artículos 5 definiciones de ética y moral de diferentes autores. *Formación Sociocultural III*. <https://www.periodicodigitalgratis.com/13775/5-definiciones-de-etica-y-moral-de-diferentes-autores-con131873>
- Vilchez, Y. (2012). Ética y moral, Una mirada desde la gerencia pública. *Dialnet*, 11(2), 16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4192166>
- Proyecto de Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador (Cod. AN-2020-1945 / VMLP-2020-0073-M), (2020) (testimony of Villalva Miranda Lira de la Paz (Asambleísta/Asamblea Nacional). <https://vlex.ec/vid/proyecto-ley-organica-salud-874579688>
- Yucra, T., y Bernedo, L. (2020). *Epistemología e Investigación Cuantitativa* (12ª ed., Vol. 3). Igobernanza. <https://doi.org/10.47865/igob.vol3.2020.88>

Zapata, J., Patiño, D., Vélez, C., Campos, S., Madrid, P., Quintero, S., Pérez, A., Ramírez, P., y Vélez, V. (Eds.). (2021). Intervenciones para la salud mental de estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19: una síntesis crítica de la literatura (Vol. 50, Número 3). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.04.007>

Zhang, L. (2020). Estigma y creencias en relación a las enfermedades mentales en descendientes de chinos y en la población autóctona argentina [Pontificia Universidad Católica Argentina]. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/11632/1/estigma-creencias-relacion-enfermedades.pdf>

Zúñiga, D., y Riera, A. (2018). Historia de la salud mental en Ecuador y el rol de la Universidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 43. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005244> (Original work published 1981)

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

Trabajo de titulación de psicología clínica

Participación en la investigación elaborada por las estudiantes: Doménica Paola Parra Nieto & Evelyn Paulina Cedillo Alvarado, pertenecientes a la Facultad de Psicología, Escuela de Psicología Clínica.

Actitudes y creencias acerca de la enfermedad mental por parte de los estudiantes de la Facultad de Ciencia y Tecnología, Escuela de Ingeniería Civil de la Universidad del Azuay

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, estudiante de la Escuela de Ingeniería Civil, Facultad de Ciencia y Tecnología de la Universidad del Azuay; certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que las estudiantes Evelyn Paulina Cedillo Alvarado y Doménica Paola Parra Nieto me han invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador(a), contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico. Que se respeta la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrado, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Acepto participar: _____

No acepto participar: _____

- En caso de aceptar su participación continúe con la resolución de preguntas, caso contrario se hará la devolución del cuestionario a las administradoras.

Anexo 2: Ficha sociodemográfica

Actitudes y creencias acerca de la enfermedad mental por parte de los estudiantes de la Facultad de Ciencia y Tecnología, Escuela de Ingeniería Civil de la Universidad del Azuay

Ficha sociodemográfica

1. Edad:

18-20 _____

21-23 _____

24-25 _____

26+ _____

2. Sexo:

Femenino _____

Masculino _____

Prefiero no decirlo _____

Otro: _____

3. Estado civil:

Soltero/a _____

Casado/a _____

Divorciado/a _____

Unión libre _____

Viudo/a _____

4. Lugar de procedencia:

5. Ciclo al que pertenece:

Primero _____

Tercero _____

Quinto _____

Séptimo _____

Noveno _____

6. Situación laboral actual:

Empleo de medio tiempo _____

Empleo de tiempo completo _____

Desempleado _____

Trabajador independiente (por cuenta propia) _____

7. ¿Ha escuchado hablar o conoce que es una enfermedad mental?

Si _____

No _____

8. En caso de que usted padeciera un trastorno mental, le gustaría recibir tratamiento psicoterapéutico por parte de un profesional de la salud mental:

Muy de acuerdo _____

De acuerdo _____

En desacuerdo _____

Muy en desacuerdo _____

9. ¿El padecimiento de una enfermedad mental afecta o limita la capacidad de estudio o trabajo de una persona?

Muy de acuerdo _____

De acuerdo _____

En desacuerdo _____

Muy en desacuerdo _____

10. Considera usted que el tratamiento psicoterapéutico es dirigido únicamente una población con trastornos mentales graves:

Muy de acuerdo _____

De acuerdo _____

En desacuerdo _____

Muy en desacuerdo _____

11. Está de acuerdo con que una persona cercana a usted reciba tratamiento psicoterapéutico en caso de ser necesario:

Muy de acuerdo _____

De acuerdo _____

En desacuerdo _____

Muy en desacuerdo _____

12. ¿Cree usted de que los tratamientos psicoterapéuticos para la Enfermedad Mental son eficaces en la gran mayoría de casos?

Muy de acuerdo _____

De acuerdo _____

En desacuerdo _____

Muy en desacuerdo _____

13. ¿Estaría usted dispuesto/a a recibir un tratamiento psicoterapéutico de ser necesario en el futuro?

Muy de acuerdo _____

De acuerdo _____

En desacuerdo _____

Muy en desacuerdo _____

Anexo 3: Cuestionario de Opiniones hacia la enfermedad mental (OMI)

CUESTIONARIO DE OPINIONES SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

OPINIONES SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

Cohen y Struening

Edad: _____ Fecha: _____ Sexo: Mujer ____ Hombre ____ Otros _____

¿Qué experiencia tiene usted de la enfermedad mental? _____

(Ninguna, a través de lo que he leído, por medio de una persona [especifique, por favor, si es conocido, amigo o familiar, padres o hermanos, hijos, tíos, etc.] que alguna vez tuvo que ir a consulta psiquiátrica, yo mismo he acudido a consulta psiquiátrica). Las siguientes manifestaciones son opiniones sobre cómo son los pacientes mentales. Por enfermedad mental entendemos los tipos de trastornos que traen a los pacientes a los hospitales psiquiátricos o a los servicios de psiquiatría de cualquier hospital general. Existen numerosas diferencias de opinión sobre este tema. En otras palabras, muchas personas están de acuerdo con cada una de las siguientes manifestaciones, mientras que otras muchas están en desacuerdo. Quisiéramos saber lo que usted piensa de estas manifestaciones. Cada una de ellas va seguida de seis elecciones. Marque con una cruz (X) la elección que más se aproxime a su forma de pensar sobre cada manifestación. No hay respuestas acertadas o equivocadas. Estamos interesados solamente en su opinión. Es muy importante que responda a todas las cuestiones.

- 1. La depresión nerviosa normalmente se produce cuando la gente trabaja demasiado.**

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

2. La enfermedad mental es una enfermedad como otra cualquiera.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

3. La mayoría de los pacientes ingresados en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales mentales no son peligrosos.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

4. Aunque los pacientes dados de alta en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales mentales, pueden parecer curados, no se les debería permitir contraer matrimonio.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

5. La enfermedad mental es una forma de reacción ante las demandas y presiones de la sociedad.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

6. Un número importante de personas enferman mentalmente debido a la forma de vida que eligen.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

7. Los enfermos mentales se dejan llevar por sus emociones. La gente normal piensa las cosas.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

8. Personas que han sido pacientes en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales mentales no son más peligrosas que el ciudadano medio.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

9. Cuando una persona tiene un problema o preocupación es mejor no pensar en ello y mantenerse ocupado en cosas más agradables.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

10. Aunque normalmente no se dan cuenta de ello, mucha gente se vuelve enferma mental para evitar los difíciles problemas de la vida diaria.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

11. Hay algo en los enfermos mentales que hace fácil distinguirlos de las personas normales.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

12. Aunque los pacientes en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales mentales se comporten de manera extravagante, está mal reírse de ellos.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

13. La mayoría de los pacientes mentales está deseando trabajar.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

14. No se debería permitir que los hijos pequeños de enfermos mentales les visiten cuando estos están ingresados en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales psiquiátricos.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

15. La gente aficionada a su trabajo raramente se convierte en un enfermo mental.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

16. La gente no se convertiría en enfermo mental si huyera de los malos pensamientos.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

17. Los pacientes mentales están tan preocupados con sus propios problemas que no prestan atención a lo que otros sienten acerca de ellos.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

18. Más dinero de los impuestos debería emplearse en el cuidado y tratamiento de gente con graves enfermedades.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

19. Un enfermo cardíaco sólo tiene una cosa mal, mientras un paciente mental es completamente diferente a otros pacientes.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

20. Los pacientes mentales provienen de hogares donde los padres tomaron poco interés en sus hijos.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

21. La gente con enfermedad mental nunca debería ser tratada en el mismo hospital que la gente con enfermedades físicas.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

22. Cualquiera que trate firmemente de mejorarse a sí mismo merece el respeto de los demás.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

23. Si nuestros hospitales tuviesen suficientes doctores, enfermeras y ayudantes preparados, muchos de los pacientes mentales mejorarían lo suficiente para vivir fuera del hospital.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

24. Una mujer cometería una locura casándose con un hombre que haya padecido una enfermedad mental grave, aunque pareciera totalmente recuperado.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

25. Si los hijos de padres enfermos mentales fueran criados por padres normales, probablemente no acabarían siendo enfermos mentales.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

26. Gente que ha sido paciente de los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o de los hospitales mentales nunca volverá a ser lo que fue antaño.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

27. Muchos pacientes mentales son capaces de realizar labores cualificadas, aunque en algunos aspectos están muy perturbados mentalmente.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

28. La mayoría de las personas que tienen una perturbación mental grave preferirían vivir en una comunidad en vez de hacerlo en una clínica mental.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

29. No se debería autorizar el voto a los enfermos mentales.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

30. La enfermedad mental de mucha gente es causada por la separación o divorcio de sus padres durante la niñez.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

31. La mejor manera de manejar a los pacientes en un servicio de psiquiatría de un hospital general o en un hospital mental es tenerles encerrados.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

32. Llegar a ser paciente en un hospital mental o en un servicio de psiquiatría de un hospital general es convertirse en un fracasado en la vida.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

33. Se debería permitir más intimidad a los pacientes de los hospitales mentales.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

34. Si un paciente de un hospital mental atacara a alguien, debería ser castigado para que no lo volviese a hacer.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

35. Si unos padres mentalmente enfermos criaran a los hijos de padres normales, probablemente se convertirán en enfermos mentales.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

36. Todos los hospitales mentales deberían estar rodeados por una cerca y guardianes y los servicios de psiquiatría de los hospitales generales cerrados a cal y canto.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

37. La ley debería autorizar a una mujer a divorciarse de su marido tan pronto como éste fuera confinado en un hospital mental o en un servicio de psiquiatría de un hospital general padeciendo una enfermedad mental grave.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

38. Más que cualquier otra cosa los enfermos mentales necesitan el apoyo y comprensión de su familia, amigos y vecinos.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

39. La enfermedad mental es generalmente causada por alguna perturbación del Sistema Nervioso.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

40. Se mire como se mire, los pacientes con graves enfermedades mentales no son ya realmente humanos.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

41. La mayoría de las mujeres que alguna vez fueron pacientes en un servicio de psiquiatría de un hospital general o en un hospital mental pudieran ser de confianza como cuidadoras de bebés.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

42. A la mayoría de los pacientes de un hospital mental no les importa su aspecto exterior.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

43. Los profesores universitarios son más propensos a convertirse en enfermos mentales que los hombres de negocios.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

44. Mucha gente que no ha sido paciente en un hospital mental, está más enferma mentalmente que muchos pacientes mentales hospitalizados.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

45. Aunque algunos pacientes mentales parecieran estar bien, es peligroso olvidarse por un momento de que están mentalmente enfermos.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

46. Algunas veces, la enfermedad mental es un castigo por malas obras.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

47. Nuestros hospitales mentales deberían estar organizados de manera que hagan que el paciente sienta lo más posible como si viviera en casa.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

48. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de fuerza moral o voluntad.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

49. Es poco lo que se puede hacer con los pacientes en un hospital mental, excepto que estén confortablemente y bien alimentados.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

50. Muchos pacientes mentales permanecerían en el hospital hasta que estuvieran bien, incluso si las puertas permanecieran abiertas.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

51. Todos los pacientes ingresados en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales y de los hospitales mentales deberían ser privados de tener hijos mediante una intervención sin dolor.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

52. Los residentes de una comunidad deberían tener el derecho a negarse a la instalación de un hogar para niños enfermos mentales en su propia comunidad.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

53. La moralidad de una sociedad se mide bien por la calidad de los cuidados proporcionados a los enfermos mentales.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

54. Es importante ser especialmente claro al hablar a un paciente mental.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

55. La mayoría de nosotros nos sentimos un poco incómodos o intranquilos en presencia de personas enfermas mentalmente.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

56. Las personas que no desean antiguos enfermos mentales en sus comunidades tienen miedo de ellos.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

57. Las personas que han estado en servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales mentales, tienen el derecho a vivir en el lugar que elijan al igual que cualquier otro ciudadano.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

58. Las organizaciones religiosas deberían comprometerse más en la ayuda a las personas enfermas mentalmente para que se ajusten a la vida comunitaria.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

59. No debería darse de alta a los pacientes de los servicios psiquiátricos de los hospitales generales o en los hospitales mentales hasta que actuaran como la gente normal.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

60. Las personas que se suicidan están siempre enfermas mentalmente.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

61. ¿Cree usted que es bueno y deseable que en las últimas décadas se hayan ido abriendo servicios de psiquiatría en los hospitales generales?

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

62. ¿Cree usted que la psiquiatría ha avanzado en los últimos años lo suficiente para que sea una especialidad de la medicina como otra cualquiera?

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

63. A pesar de todos los adelantos que haya, los enfermos mentales siguen siendo un peligro público.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo