

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"ACTITUDES HACIA PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO POR PARTE
DE LOS ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL
LANDÍVAR."
TESIS DE GRADO**

MARGARITA GABRIELA SOSA MONTENEGRO
Carné 10163-10

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"ACTITUDES HACIA PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO POR PARTE
DE LOS ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL
LANDÍVAR."**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR

MARGARITA GABRIELA SOSA MONTENEGRO

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2015
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: DR. CARLOS RAFAEL CABARRÚS PELLECCER, S. J.
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. SILVIA PATRICIA MELGAR LAINEZ DE LOPEZ

Guatemala, 24 de noviembre de 2014.

Señores
Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Ciudad

Respetables Señores:

Tengo el agrado de dirigirme a Uds. para someter a su consideración la tesis de la estudiante, **Margarita Gabriela Sosa Montenegro**, con número de carné **10163-10**, titulada **“Actitudes hacia personas con trastornos del estado de ánimo por parte de los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar”**, de la Licenciatura en Psicología Clínica.

Asimismo, por haber tenido la oportunidad de dar seguimiento a la investigación y revisar el informe final, me permito manifestarles que la misma reúne ampliamente las condiciones exigidas por la Universidad Rafael Landívar y la Facultad de Humanidades para trabajos de esta naturaleza, por lo que me permito someterla a su consideración para que sea nombrado el revisor respectivo.

Atentamente,

Irene Ruiz Godoy
Mgr. Irene Ruiz Godoy
Asesora



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante MARGARITA GABRIELA SOSA MONTENEGRO, Carnet 10163-10 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 05904-2014 de fecha 8 de diciembre de 2014, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"ACTITUDES HACIA PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR."

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 5 días del mes de enero del año 2015.



Irene Ruiz Godoy

**MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar**

AGRADECIMIENTOS

A mi madre (QEPD): por inculcarme el amor a los gatos; por su incomparable lucha, perseverancia y ejemplo hasta el final de sus días. Esto es para ti, todo esto fue para ti; la persona más valiente que he conocido.

A mi abuela Elsie (QEPD): por inculcarme el amor a los libros y el conocimiento; la gramática, los idiomas y las cosas bien hechas.

A mi hermana Valerie: por no dejarme rendirme, por las series, los libros y las películas; por más de lo que jamás seré capaz de agradecer.

A mi tío Guillermo: por su compañía y apoyo; por los pastelitos, las clases gratis de historia y las películas.

A mi tía Ana María: por su cariño, preocupación y los desayunos de domingo.

A María España: por su constante ayuda y amistad a toda la familia. No lograríamos nada sin ti.

A mi familia: por todo su apoyo.

A Marilyn Pennington, Marlon Guerra, Philippe Hunziker, Jose Castillo Bermúdez y todo el personal de Librería Sophos: por su comprensión y constante apoyo durante estos últimos cuatro años.

A Carlos Tagre y Gabriela Micheo: por las risas y empujarnos mutuamente hasta el final.

A Karen Cruz y Karen Padilla, así como a sus familias: por su longeva amistad y todos estos años de cafecito y mantener sus puertas abiertas.

A Stephanie Burckhard y Wellington Nelson: por los libros, gatos y por recordarme de cuidarme a mí misma también un poco.

A mi asesora de tesis, lcda. Irene Ruiz: por su paciencia, orientación, pláticas y por los dulces.

A todos mis catedráticos a lo largo de los años de carrera: por la paciencia, guía y conocimientos impartidos; especialmente a la lcda. Helen Muñoz, por su apoyo y enseñanzas durante las prácticas.

A Brújula: por permitirme el espacio para expresar un poco del caos de mis ideas en su página.

A la Universidad Rafael Landívar: por las experiencias vividas en ella y la oportunidad de beca.

A Dios: por las fuerzas y el valor para seguir adelante.

“Of course it's happening inside your head, but why on Earth should that mean it isn't real?”
- J.K. Rowling

ÍNDICE

	RESUMEN	
I.	Introducción	9
	1.1 Persona	10
	1.2 Trastornos del estado del ánimo	19
	1.3 Actitudes	24
II.	Planteamiento del problema	33
	2.1 Objetivos	34
	2.1.1 General	34
	2.1.2 Específicos	34
	2.2 Variable de estudio	35
	2.3 Definición de la variable	35
	2.3.1 Conceptual	35
	2.3.2 Operacional	36
	2.4 Alcances y límites	37
	2.5 Aporte	37
III.	Método	39
	3.1 Sujetos	40
	3.2 Instrumento	40
	3.3 Procedimiento	41
	3.4 Diseño y metodología estadística	42
IV.	Presentación y análisis de resultados	44
	4.1 Indicador de información	48
	4.2 Indicador de sentimientos	50
	4.3 Indicador de conductas	51
	4.4 Preguntas de validación	53
V.	Discusión de resultados	54
VI.	Conclusiones	58
VII.	Recomendaciones	59
VIII.	Referencias bibliográficas	60
	Anexos	66

Resumen

El presente trabajo de investigación se elaboró con el objetivo de determinar las actitudes hacia personas con trastornos del estado de ánimo por parte de estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar.

Se trabajó con una muestra de 221 estudiantes de los distintos años de la carrera de Psicología Clínica del Campus Central, de las jornadas matutina y vespertina, entre ellos 181 mujeres y 40 hombres comprendidos entre las edades de 17 y 58 años. Para la realización de la investigación se elaboró un instrumento de evaluaciones sumarias tipo Escala de Likert, con 25 ítems y dos preguntas de validación.

Se concluyó que las actitudes hacia las personas con trastornos del estado del ánimo por parte de los estudiantes de Psicología de la Universidad Rafael Landívar son en su mayoría positivas (69%). Sin embargo, un porcentaje de los sujetos todavía muestra actitudes negativas (28%) y muy negativas (3%). Por lo general los estudiantes están correctamente informados respecto a los trastornos del estado del ánimo. A pesar de tener sentimientos negativos al respecto, no siempre lo reflejan en sus conductas, puesto que éstas son más positivas.

Se determinó que las actitudes no varían en gran parte entre los estudiantes de los diversos años de carrera. Por lo que las actitudes negativas encontradas se encuentran distribuidas entre los mismos y se dan a nivel personal, más que por nivel de formación.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno que afecta a millones de personas alrededor del mundo, sin embargo, rara vez se escucha hablar al respecto. Algunos confunden depresión con tristeza, utilizando el término para un sentimiento pasajero. No obstante, hay quienes luchan a diario con los sentimientos de desesperanza y vacío, quienes les toma más tiempo levantarse por las mañanas, a quienes cada día les pesa y no importa cuanto traten, al final del día persiste esa sensación de desaliento y el estar perdido; aquellos que sienten unas ganas irrefrenables de llorar o llegan hasta tal punto que ya no pueden más, que no encuentran algo por lo cual motivarse y no disfrutan en realidad su vida. En el peor de los casos, estos sentimientos pueden llevar al suicidio.

Sin embargo, pocas personas aceptan sentirse de esa forma, ni con sus amigos y familiares más cercanos, pueden darse diversas razones para esto, como pensar que son sensaciones pasajeras (a pesar de llevar varios meses sintiéndose así) o quizás las personas a quienes se han acercado para comentarles su problema no lo validen o le presten poca importancia. Puede ser también que les hayan hecho sentirse culpables al señalarlo como algo que le sucede a la gente débil y no debe comentarse por mantener apariencias. Otra razón para evitar comentarlo puede ser que teman hacer sentir mal a alguien más por lo que deciden guardarse sus conflictos internos para sí mismos.

Esta es una problemática que se da en varios entornos alrededor del mundo, ya que son trastornos que no discriminan entre raza, género y nivel socioeconómico. Incluso quienes tienen acceso a tratamientos psicológicos o cuentan con una red de apoyo, usualmente no lo buscan o utilizan otro motivo de consulta como estar cansados todo el tiempo o sentirse sobrecargados por el trabajo y los estudios. Puede ser por falta de autoconocimiento, información o por el estigma que conlleva el aceptar padecer un trastorno depresivo o del estado del ánimo. Éstos rara vez se toman en serio, a pesar de ser una de las causas

principales de discapacidad en el mundo, ¿en qué trabajo se acepta como excusa de enfermedad la depresión? ¿Realmente se validan estos sentimientos? ¿Y qué piensan las personas al respecto?

Hay lugares donde ya se habla más abiertamente al respecto, como la organización *To write love in her arms* en Estados Unidos que realiza conferencias en centros educativos, además de actualizar un blog semanal y promover la semana de prevención ante el suicidio y brindar asistencia u orientación a quien busque apoyo. En Guatemala se ha observado que para los propios profesionales de salud mental es difícil hablar sobre el tema y se percibe que algunos estudiantes sienten ansiedad al tratar un caso de un paciente con depresión.

Para las personas que se encuentran padeciendo esta condición, el estigma puede ser tan fuerte que los lleve a ocultar su situación, en muchos casos sin buscar ayuda. Es importante que los psicólogos, las personas que más podrían ayudarlos, no continúen con este estigma, ya que de lo contrario podrían hacer sentir peor a la persona si decide buscar ayuda, incluso podrían ayudar a confirmar los temores que presenta la persona de ser alguien sin valor, alguien que ni siquiera los terapeutas toman en serio. Es por ello que con la presente investigación se pretende determinar las actitudes hacia personas con trastornos del estado de ánimo, por parte de estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar.

La importancia de tratar este tema es que en realidad el estigma alrededor del mismo es amplio. Hay muchas personas que sufren a diario y ni siquiera se percatan de lo vital de hacer algo al respecto, consideran que es necesario sufrir solos o en silencio. En Guatemala la salud mental continúa siendo un tema hasta cierto punto tabú, ya que no se le da prioridad. Por esta misma razón hay poca información respecto a las actitudes que se presentan frente a los trastornos del estado del ánimo. Se considera vital que los estudiantes de psicología, quienes probablemente serán quienes traten más con estas personas, se informen y

evalúen sus ideas al respecto, desligándose del estigma y cualquier prejuicio que podría afectar la relación con el paciente.

A continuación se presentan algunas de las investigaciones nacionales relacionadas con el tema. Muñoz (2009) tuvo como objetivo el análisis de la situación de la inversión en salud mental en Guatemala, pretendiendo que en un futuro se pudiera recoger información actualizada, oportuna y continua, para ponerla a disposición de las instituciones encargadas de manera permanente. El diseño seleccionado para este estudio fue de tipo descriptivo, usando como método un muestreo dirigido en el que se recolectaron datos sobre inversión de entidades representativas de diversos sectores.

Como instrumento para recolección de datos se elaboró fichas de vaciado, distribuyendo posteriormente los datos recabados en matrices de análisis en las que se aplicaron fórmulas que permitieron determinar los porcentajes de inversión en salud mental. Se aplicó a ocho instituciones distintas, tanto públicas, como privadas en las que se trabajó con los departamentos directivos, financieros o psicológicos como fuentes de información. Entre los resultados obtenidos se encontró que el sector público invierte prioritariamente en salud global, dejando un porcentaje mínimo a la salud mental.

Con un objetivo similar, Rivera, López, Aparicio, Morris y Escobar (2011) trabajaron en el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Guatemala para la Organización Panamericana de la Salud. Específicamente se pretendía disponer de suficiente información que permitiera abordar el cambio y la mejora de los servicios de salud mental en Guatemala.

El diseño utilizado fue descriptivo, haciendo uso del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IES-OMS), herramienta desarrollada por la Organización Mundial de Salud (OMS). Posterior a su aplicación se llevaron a cabo entrevistas y reuniones de discusión y validación. El instrumento midió seis

áreas de la salud mental en Guatemala: política y marco legislativo; servicios de salud mental, salud mental en la atención primaria de salud, recursos humanos, educación del público y vínculos con otros sectores, y monitoreo e investigación. El estudio concluyó acerca del tema de salud mental, que aunque se han dado los pasos iniciales para colocarlo en la agenda nacional, continúa siendo en el país objeto de estigma y exclusión, donde prevalece la ausencia de conciencia de la relevancia del tema para la población general.

Haciendo uso de este instrumento, anteriormente Rodríguez et al. (2007) investigaron los sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua, con el propósito de recopilar información acerca de los mismos, conociéndose así sus limitaciones y métodos. El diseño utilizado fue de tipo descriptivo. Se descubrió que los tres países tienen serias limitaciones en sus sistemas nacionales de salud mental, en especial en la atención primaria, así como una marcada insuficiencia de recursos humanos calificados. El presupuesto dedicado a la salud mental apenas representa el 1% del presupuesto general. Asimismo se da una fuerte falta de investigación en relación a salud mental en los países evaluados, así como publicaciones o informes anuales.

Por otro lado, en relación a las repercusiones de la carga social de la depresión, Reyna (2007) realizó un estudio con el objetivo de determinar el manejo de las ideas irracionales que afectan el desenvolvimiento social de tres pacientes adultos diagnosticados con trastorno depresivo que asisten al Instituto de Psicología Dr. José Pacheco Molina. El diseño utilizado fue de tipo cualitativo, en el cual se llevó a cabo un estudio de caso de los tres pacientes, cada uno de manera individual, en diferentes situaciones de su vida. Los instrumentos aplicados fueron la Escala de Depresión de Beck, para establecer el diagnóstico de Trastorno Depresivo; un Inventario de Ideas Irracionales mediante el cual se identificaron las ideas irracionales que manejan a nivel personal y una lista de cotejo sobre desenvolvimiento social, en la que se determinan las áreas afectadas a nivel social para cada uno de los tres pacientes. A través de la investigación se

logró determinar que el desenvolvimiento social insatisfactorio puede considerarse tanto un hecho activante, como una consecuencia de un trastorno depresivo.

Con el objetivo de describir a través de un estudio de caso qué tipo de ideas irracionales maneja un paciente con síntomas depresivos, cuyo historial laboral presenta constantes pérdidas de empleo, Reyna (2005) utilizó un diseño tipo cualitativo, llevando a cabo un proceso terapéutico con un paciente diagnosticado con trastorno depresivo recurrente. Asimismo, se realizó una entrevista con el paciente, en donde se encontraron las ideas irracionales que manejaba a nivel personal y dentro del tema laboral, que le llevaron a padecer los estados depresivos manifiestos.

Éstos fueron señalados en una lista de cotejo en donde estaban descritas las once propuestas por Albert Ellis. Se concluyó que el desempleo puede ser tanto hecho activante, como consecuencia de una depresión. Encontrando, a su vez, la influencia que tienen las ideas irracionales dentro del proceso cognitivo (acentuadas por los comentarios de sus familiares al respecto) y como éstas producen una consecuencia a nivel emocional.

En el ámbito internacional también se han llevado a cabo estudios abordando el tema. Entre ellos se puede destacar el de Acuña y Bolis (2005), realizado en Colombia, cuyo objetivo fue establecer la importancia del estigma como barrera de acceso a los servicios de salud. También pretendía identificar elementos que permitan reducir la exclusión en salud asociada al mismo desde un ámbito que trasciende la protección de los derechos individuales de las personas con enfermedad mental y se inserta en el marco de la extensión de la protección social en salud. El diseño seleccionado para esta investigación fue de tipo descriptivo. Se hizo revisión de la bibliografía sobre el tema en relación a América Latina y el Caribe y una propuesta para indagar más al respecto, basándose en una tabla de indicadores de estigma como barrera de acceso a los servicios de salud, la cual está conformada por cuatro categorías: autoexclusión, exclusión

asociada a la atención general de salud, exclusión en salud inducida por actitudes de la comunidad y marco jurídico/legal de protección específica de los derechos en salud de los portadores de problemas de salud mental. Se concluyó que es necesaria la realización de más investigaciones e indagaciones respecto al tema, utilizando estos indicadores para recopilar datos.

Por su parte, Gómez-Restrepo, Bohórquez, Gil y Pérez (2005) evaluaron el conocimiento existente acerca de los trastornos depresivos en médicos colombianos de atención primaria y el efecto en el conocimiento de una intervención educativa para mejorar el reconocimiento y manejo de la depresión en médicos de Bogotá. El diseño utilizado fue de tipo experimental, haciendo uso de un instrumento de evaluación ideado por el grupo de investigación. Éste consistía en una prueba para medir el conocimiento que tenían los médicos que laboran en centros de atención primaria ambulatoria sobre los trastornos depresivos antes del entrenamiento y dos meses después de éste. Se realizó el análisis descriptivo de las variables y comparación de los resultados en ambas fases, y se controlaron los resultados por las diferentes características de participantes.

En la evaluación participaron 48 médicos y asistieron al entrenamiento 23 profesionales de la salud. La evaluación posterior a la intervención se realizó a 16 de los médicos asistentes. La calificación promedio del conocimiento antes del entrenamiento fue de 26.3 sobre 50, con una desviación estándar (DE) de 6.69 para todos los participantes. En el examen realizado dos meses después de la intervención educativa, la calificación promedio de los médicos que recibieron el entrenamiento fue de 33.2 sobre 50, con una DE de 5.70. Al comparar la calificación total obtenida antes del entrenamiento (todos los participantes) y después de éste se encuentra una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.003$). Concluyendo que existía un conocimiento deficiente sobre los trastornos depresivos entre los médicos previo a la intervención. No obstante estas deficiencias mejoran mediante el entrenamiento en el reconocimiento y manejo de

la depresión.

En 2002, Comas y Álvarez llevaron a cabo un estudio con el objetivo de conocer cómo percibe la población española la depresión. Se realizaron más de 1000 entrevistas estructuradas a lo largo del país, con una representación segmentada para cada comunidad autónoma. Se encontró que dos tercios de los entrevistados consideraron que la depresión es una enfermedad. Además que un 67% de los sujetos la habían padecido. El 42% opinó que la depresión afecta a más del 25% de la población. La población española considera que en el futuro la incidencia irá en aumento. Sin embargo, se encontró que aunque la población en general tiene un notable conocimiento de la depresión, continúan existiendo prejuicios que dificultan tanto el tratamiento y la recuperación del paciente deprimido como su reinserción social. Estas creencias son tan fuertes que conforman estigmas que dificultan la adherencia al tratamiento por parte de quienes la padecen.

También en México, en relación a la prevalencia y diagnóstico de depresión, Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005) encontraron que las razones para no buscar tratamiento especializado se asocian con prejuicios, desconocimiento del lugar en donde solicitar la ayuda y el estigma social relacionado con los trastornos mentales. El objetivo de este estudio fue presentar las estimaciones de prevalencia de depresión, así como el porcentaje de individuos que han sido médicamente diagnosticados. El diseño del estudio fue descriptivo. A forma de instrumento se utilizaron entrevistas y se basó la investigación en la Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño 2002-2003, con las cuales se calcularon las prevalencias en el ámbito nacional, según sexo, edad y nivel de escolaridad, tamaño de la comunidad de residencia y entidad federativa de los individuos; así como el porcentaje de personas afectadas, con diagnóstico y tratamiento. Se concluyó que la prevalencia de depresión en el año anterior a la encuesta fue de 4.5%: 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres. Un alto porcentaje refiere no haber recibido atención médica.

En España se realizó un estudio elaborado por López-Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio (2008). Tenía como objetivo revisar la bibliografía disponible sobre el estigma y la discriminación que afectaba hasta esa fecha a la enfermedad mental, intentando elaborar un modelo general que pueda orientar a los profesionales en el futuro. Como instrumento se realizaron tablas comparativas entre los datos; así como la relación entre el estigma público y el auto-estigma. Se concluyó que el estigma que afecta a las personas con enfermedades mentales graves se presenta como un fenómeno social aunque con ciertos componentes individuales, en términos de causas y especialmente de repercusiones. Por ende sus posibles soluciones necesiten intervenciones a niveles sociales y personales, algunas de ellas de carácter sanitario en general y específicamente clínico. Además, la investigación señala que se trata probablemente de un problema global.

Ahondado aún más en el tema de estigmatización de la depresión, Michaels (2013) llevó a cabo una investigación cuyo objetivo fue analizar cómo la percepción pública de la depresión se relaciona con el estigma alrededor de los trastornos depresivos y definir la relación entre ambos. El diseño del estudio fue de tipo descriptivo y se llevó a cabo en la Pontificia Universidad Católica de Chile en Santiago. Para determinar la percepción pública hacia la depresión en Santiago, se administró un cuestionario de 15 preguntas a 200 estudiantes, profesores y otros miembros de la facultad de la universidad. Además, se realizaron dos entrevistas con psicólogos trabajando en el sector de salud pública. Se concluyó en base a los datos que existe un fuerte estigma en relación a la depresión, y un aún mayor respecto a trastornos bipolar y esquizofrénico. La mayoría de participantes cree que las personas con depresión rara vez son aceptadas en la sociedad chilena. Además, se encontró que los conocimientos acerca de la enfermedad están entrelazados a confusiones con otras enfermedades. La investigadora sugiere que la discriminación hacia personas con trastornos del estado de ánimo está propiciada por prejuicios y desinformación; de

educar a la población en general, se disminuiría el estigma y permitiría a muchas personas aceptar los tratamientos necesarios.

En el 2009, Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén llevaron a cabo un estudio con los objetivos de investigar y conocer las representaciones sociales y prejuicios que la sociedad tiene de la problemática de las personas con enfermedad mental. Asimismo, sus consecuencias e impacto sobre éstas y sus familias, establecer propuestas de actuaciones que disminuyan el estigma, aumentando con ella la sensibilización, aceptación social y el compromiso de la sociedad en la integración social y laboral de las personas con enfermedad mental grave y duradera. El diseño de la investigación es mixto, ya que se realizaron entrevistas, encuestas y grupos de discusión. Se utilizaron cinco ejes: el primero, personas con enfermedad mental, cuyo muestra fue de 108 sujetos. Luego se entrevistó a familiares de los mismos, a profesionales de atención directa a personas con enfermedad mental grave y persistente; a la población en general a través de encuestas a 438 personas y por último realizando un análisis durante catorce días sobre la frecuencia y cantidad de noticias relacionadas con la enfermedad mental. Se concluyó que aquellos quienes padecen trastornos mentales consideran que existe un gran desconocimiento de la enfermedad mental y un fuerte estigma centrado en los estereotipos de peligrosidad e incompetencia. Esto les lleva a anticipar el rechazo, por lo que ocultan su enfermedad y se aíslan de los demás.

También se encontró que sus familiares no poseen mayor información al respecto que la población en general, por lo que su contacto directo con ellos no ha marcado una diferencia. A la vez, mantienen sus estereotipos y reacciones negativos en relación a otros, quienes no sean sus parientes y que padezcan estos trastornos. Los profesionales de la salud mostraron menor rechazo y actitudes negativas. La población en general parece disponer poca información al respecto y muestran confusión entre la enfermedad mental y la discapacidad intelectual, por lo que les atribuyen características propias del retraso y muestran comportamientos evitativos. Se encontró que a mayor edad, mayor es el rechazo.

Respecto a los medios de comunicación, se encontraron pocas noticias en torno al tema.

En síntesis, tanto las investigaciones nacionales como internacionales muestran que los sujetos con trastornos del estado del ánimo comúnmente no buscan asistencia. En Guatemala se observa que la salud mental continúa siendo objeto de estigma y exclusión. Asimismo, prevalece la ausencia de conciencia de la relevancia del tema para la población general, el propio Estado no le da prioridad, destinando pocos fondos a este sector de la salud pública. También existen pocas investigaciones respecto al tema de salud mental y depresión, por lo que es necesario la realización de más estudios relacionados.

Entre los hallazgos de los investigadores internacionales se nota que continúan los prejuicios hacia personas con trastornos del estado de ánimo por desinformación de los medios en general. También se indica que esto es un problema global. Concuerdan en que es vital realizar más investigaciones al respecto.

Para la realización de la presente investigación es necesario delimitar y especificar más acerca de los conceptos a tratarse en la misma. Empezando por la definición tradicional de persona y los trastornos del estado del ánimo.

1.1 Persona

Una persona, definida de manera concisa por la Real Academia Española (2014) es un individuo, ya sea masculino o femenino, de la especie humana. Acorde a Doron y Parot (2010) la noción contemporánea de persona remite a la individualidad moral, física y jurídica asociada a una consciencia de sí y de los demás. Para Perron citado por estos autores, es un sistema de representaciones valorizadas. También se conceptualiza como el individuo entendido como ser vivo dotado de conciencia (Psicoactiva, 2014).

Por otro lado, persona, en el sentido más común del término, el hombre en sus relaciones con el mundo y consigo mismo. En el sentido más general un sujeto de relaciones. Asimismo, acorde a sus escritos, Descartes en Abbagnano, (2004) entiende el concepto de persona como conciencia a propósito de lo que se llama la identidad personal, es decir la unidad y continuidad de la vida consciente del yo. Locke en Abbagnano (2004), por su parte, afirmaba que la persona es un ser pensante, inteligente, dotado de reflexión y razón y que puede considerarse a sí mismo como él mismo, como una misma cosa pensante en diferentes tiempos y lugares; lo que tan sólo hace en virtud de su tener conciencia, algo inseparable del pensamiento y esencial en el ser humano.

1.2 Trastornos del estado del ánimo

Es importante distinguirlas, ya que un trastorno depresivo, el principal de este tipo de trastornos, no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal, ni depende de la voluntad de la persona para mejorar. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas quienes padecen depresión pueden mejorar con el tratamiento adecuado. La depresión severa puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de la familia. Pese a esto, la mayoría de las personas deprimidas no buscan tratamiento porque no consideran la depresión como una enfermedad tratable (Sánchez, 2008).

Halguin y Krauss (2008) indicaron que un trastorno anímico es el que consiste en una perturbación en el estado emocional de una persona. La gente experimenta esta perturbación como depresión extrema, júbilo excesivo o una combinación de estos dos estados emocionales. La característica principal de los trastornos depresivos es que el individuo siente una disforia o tristeza abrumadora.

Ampliando el contenido de estas perturbaciones, la Asociación Americana

de Psicología (2002), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV – TR explica que los trastornos del estado de ánimo tienen como característica principal una alteración del humor, los cuales se dividen en trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos a su vez, se dividen en trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. Por su parte, los trastornos bipolares se distinguen en trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado. Éstos usualmente al presentarse se encuentran acompañados de los primeros.

Entre los criterios encontrados por la Asociación Americana de Psicología (2002) y presentados en el DSM-IV-TR para diagnosticar un trastorno depresivo mayor es necesario que se den por lo menos cinco de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, los cuales marcan un cambio notorio respecto a la actividades anteriores de la persona, así como una interferencia en sus actividades diarias:

- a. “Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi a diario acorde a lo indicado por el propio individuo, por ejemplo, si se siente triste o de alguna forma vacío. Así como lo observado por otros, como el llanto constante o irritabilidad en niños y adolescentes.
- b. Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o la mayoría de sus actividades, la mayor parte del día, a diario.
- c. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o ejercicio. Así como el caso contrario: aumento de peso, con un cambio de más del 5 % del peso corporal en alrededor o menos de un mes. Además de pérdida o aumento del apetito casi todos los días.
- d. A diario insomnio o hipersomnia .
- e. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día observado por las personas de su entorno.

- f. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- g. Experimentar casi todos los días sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, los cuales pueden ser delirantes.
- h. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
- i. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse ” (Asociación Americana de Psicología, 2002, p. 399).

En cuanto a los criterios del trastorno distímico, son similares, únicamente el tiempo varía, manifestándose los síntomas durante al menos dos años. El trastorno debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado del ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica. El inducido por sustancias por una alteración vista como un efecto fisiológico directo de una droga, medicamento, algún tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico. También se puede dar el trastorno del estado del ánimo no especificado, el cual incluye trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado del ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (APA, 2002).

Respecto de los trastornos de tipo bipolar, los criterios varían dependiendo del tipo de episodio, los cuales pueden ser maníaco único, hipomaníaco, maníaco, mixto, depresivo o no especificado. En todos los casos se presentan un malestar clínicamente significativo o deterioro social. Es necesario distinguir que un episodio maníaco se define por un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. La alteración del estado de ánimo debe ir acompañada por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva

en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves. El estado de ánimo elevado de un episodio maníaco puede describirse como eufórico, anormalmente bueno, alegre o alto. A simple vista el estado de ánimo del sujeto puede parecer contagioso, pero para quien conoce bien a la persona lo reconocen como excesivo. La cualidad expansiva del estado de ánimo se caracteriza por un incesante e indiscriminado entusiasmo en las interacciones interpersonales, sexuales o laborales (Asociación Americana de Psicología, 2002).

Como refiere la Asociación Americana de Psicología en el DSM-IV-TR (2002), es fácil confundirlo con un episodio hipomaníaco, el cual se define como un período delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos cuatro días. Este período de estado de ánimo anormal debe ir acompañado por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves. Si el estado de ánimo es irritable (en lugar de elevado o expansivo), debe haber al menos cuatro de los síntomas anteriores para poder diagnosticarse. Esta lista de síntomas adicionales es idéntica a la descrita anteriormente para un episodio maníaco. Sin embargo, en este trastorno no se dan ideas delirantes y alucinaciones. El estado de ánimo durante un episodio hipomaníaco debe ser claramente distinto del estado de ánimo habitual de la persona cuando no está deprimida y tiene que haber un cambio claro de su actividad habitual, ya que los cambios del estado de ánimo y de la actividad han de ser observables por otras personas. Por esta razón la evaluación de este criterio suele requerir la intervención de otros informantes, como familiares o amigos cercanos.

Un episodio mixto, por su lado, se caracteriza por un período de tiempo de al menos una semana de duración en el que casi cada día se cumplen los criterios

tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor. El sujeto experimenta estados de ánimo que se alternan con rapidez, como tristeza, irritabilidad o euforia, acompañados de síntomas de un episodio maníaco y de un episodio depresivo mayor. Los síntomas presentados suelen incluir agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida. La alteración debe ser suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral importante, así como para precisar hospitalización, o estar caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos. La alteración, además, no puede deberse a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, como drogas o medicamentos ni a una enfermedad médica (Asociación Americana de Psicología, 2002).

1.3. Actitudes

Es vital, asimismo, considerar el concepto de actitudes. Actitud puede considerarse la predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente (Psicoactiva, 2014). Por su parte Feldman (2006) refiere que las actitudes son evaluaciones aprendidas sobre una determinada persona, comportamiento, creencia o cosa. La facilidad con la que se modifican las actitudes depende de muchos factores, especialmente de los mensajes que se reciben por parte del ambiente. Las actitudes influyen en el comportamiento. Además, la congruencia que hace que las actitudes influyan en el comportamiento en ocasiones actúa en sentido contrario, pues en algunos casos la conducta es la que moldea las actitudes. También puede definirse como una disposición para la acción basada en opciones afectivas y cognitivas o la predisposición de una persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo de forma positiva o negativamente. Normalmente se comprende como la tendencia determinante o el modo usual de proceder ante ciertas situaciones (Academia Gauss, 2014).

Además, las actitudes estables por lo general se consideran parte de la personalidad; muestran amplias diferencias individuales, tienden a ser estables en el tiempo y al menos en ocasiones están vinculadas con el comportamiento real

(Larsen y Buss, 2005).

Se puede así comentar acerca de las actitudes en relación a las personas que padecen un trastorno del estado del ánimo. Éstas se han ido formando a lo largo de la vida, desde la niñez se enseña que hay quienes tienen un comportamiento extraño y que son potencialmente peligrosos, por lo que hay que evitarlos, aprendiendo así a rechazarlos. Aquellos que padecen trastornos mentales también han crecido con esta creencia, por lo que temen padecerlas. Saben que es una creencia colectiva de la sociedad y no desean ser aislados por parte de sus familiares y amigos.

Sobre el trastorno depresivo específicamente, Breel y la Asociación TedTalks (2013), indican que para alguien que nunca ha experimentado depresión o realmente no sabe lo que eso significa, esto tal vez los sorprenda, porque hay una idea popular que depresión es simplemente estar triste cuando algo en la vida no sale bien. Él indica que eso es tristeza, es una cuestión natural, más bien una emoción humana natural. La verdadera depresión no es estar triste cuando algo en la vida sale mal, sino es estar triste cuando todo en la vida sale bien. Parece algo difícil de hablar para todos, puesto que nadie habla al respecto. El autor menciona que es un grave problema en la sociedad actual. No obstante, al hablar al respecto, no se ve la severidad del problema y la severidad es que alrededor del mundo cada 30 segundos alguien se quita su propia vida. Continúa contando su historia personal, comentando que por mucho tiempo al cursar Secundaria parecía vivir dos vidas completamente distintas, ya que temía que la gente lo viera por quien realmente es. Indica que para él la depresión no es algo que se vence una vez y se va por siempre; que más bien es algo con lo que se vive, es el compañero de cuarto que no se puede echar y la voz que no se puede ignorar. Por lo tanto, es algo que constantemente se mantiene en las preocupaciones diarias, creando ansiedad al respecto. Para él, la depresión no es algo de lo que se pueda escapar, pero después de un tiempo se vuelve normal y lo que más asusta no es la enfermedad en sí, sino el estigma de otros. Es la vergüenza, la

mirada de desaprobación en la cara de un amigo, los susurros en los pasillos diciendo que se es débil, los comentarios que se está loco.

Esto es precisamente lo que previene a alguien de buscar ayuda, lo que hace que la gente lo reprima, ya que se vive en un mundo donde todos corren a firmar el yeso de alguien que se rompió el brazo, pero se dan la vuelta si esta persona les dice que está deprimida. El estigma es aceptar que cualquier parte del cuerpo puede romperse menos la mente. A pesar que la depresión es uno de los padecimientos más documentados en el mundo, casi nadie habla al respecto y casi nadie tiene o desea buscar información en relación al tema. Breel y la Asociación TedTalks (2013) en una plática impartida a través de la organización TED, indica que es un problema que se hace a un lado y se pretende que no existe, esperando que se resuelva por sí solo. Por esta misma razón, continúa indicando que es necesario promover la aceptación e información al respecto, comenzando por reconocer, como con cualquier problema, que hay uno y dejar de esconder e ignorar estos padecimientos.

Castilla (2012), revisa los orígenes de fenómeno considerado como locura que consideraba Breel. Desde los ámbitos médico y jurídico este concepto generó condiciones de subordinación y marginación para las personas con trastornos mentales. Esto propició un proceso de estigmatización, el cual se refiere a un atributo de la persona que lo hace incongruente con el modelo que tiene la sociedad de normalidad (Goffman, en Castilla, 2012). Menciona que al relacionarse con una persona que acorde al estigma ha perdido la razón, se pone la atención principal en el rasgo que la hace diferente a los demás y que hace que los demás se alejen de ella, sin que importen sus otros atributos, puesto que el estigma es tan fuerte que lleva a excluirla. Esta forma de relacionarse con un atributo como la “sinrazón” lleva a pensar que hay algo en ese tipo de personas que las hace no ser totalmente humanas. Un aspecto importante del estigma son los términos que se utilizan para referirse al atributo que las hace distintas. En el caso de las personas con trastornos mentales se han utilizado los siguientes: loco,

retrasado, imbecil, melancólico, tarado, impedido o discapacitado.

De esta forma la diferencia se constituyó en desigualdad, declarando la racionalidad como la situación ideal y estándar, y utilizando el encierro de las personas padecientes de un trastorno como técnica de control. Esto daba la pauta para cuestionar la humanidad de los denominados “locos” y una vez cuestionada su esencia humana, los métodos de control en los internados o instituciones variadas los colocaba en una condición de subordinación y marginación. Esa relación desigual de poder fue ampliándose a los diversos ámbitos de la vida de un enfermo mental y con base a ella se construyó la concepción social que considera normal su despersonalización, ya que alguien que había perdido la razón acorde a lo visto como normal, no podía recibir el trato de persona. Citando a Porter, Castilla (2012) señala que primero se debe identificar una diferencia, luego llamarla inferioridad y finalmente culpar a quienes son las víctimas, por así decirlo, de ella debido a su naturaleza distinta a las demás. En este aspecto la autora observa que los juicios colectivos hacia las personas con trastornos mentales no han cambiado, ya que se sigue mirando a estas personas con miedo y aversión, como un ser aparte e incluso peligroso con comportamientos imprevisibles. El principio propuesto por Porter se mantiene: la estigmatización como proceso de diferenciación y marginación llevó a otros procesos como subordinación y exclusión, los cuales han generado discriminación estructural respecto de las personas con trastornos mentales en general.

Smith (2014), también escribió acerca de las ideas preconcebidas de los trastornos del estado del ánimo, comentando como son usualmente tratados de forma incorrecta o no comprendidos por los pacientes que lo padecen al ser un tema sobre el cual rara vez se trata o no se explica de manera adecuada. Esto lleva a que los pacientes se juzguen a sí mismos, culpándose incluso por la situación, como pensar que se es débil o una mala persona.

Por su parte Dauphinais (2014), indicó acerca de su experiencia personal

sobre la adicción y trastorno depresivo mayor de su hijo, que él compartía la creencia de muchos acerca de los padecimientos mentales, pensando que estas personas no podían provenir de un hogar y familia decentes, que no eran miembros dignos de la sociedad. Tras el diagnóstico de su hijo, aprendió lo que es vivir con estas enfermedades y que es algo que puede sucederle a cualquiera, además que algo que el mundo necesita saber.

En el 2007, Chemama también escribió en relación a las ideas mencionadas por Smith y Breel, ya que muchas veces se encuentra la idea que el sujeto depresivo se siente excluido. La experiencia clínica lo confirma día tras día, mostrándose incómodo en todos lados e indicando que no tiene lugar en ninguna parte, que no lo quieren, que ni siquiera se fijan en él. Esto confirma lo que en el fondo teme: que no vale nada. Se forma un círculo autodestructivo: desea e incluso hasta cierto punto busca más amor y atención mientras más se siente rechazado, y teme aún más hacerse rechazar cuando le parece exorbitante. Dicho círculo parece tener una función: la de acrecentar incesantemente su sufrimiento.

Partiendo del concepto de estigma y basándose en la situación de México, Castilla (2012) comenta que aunque en los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales se establece la no discriminación por motivo de enfermedad mental, la aplicación de este principio se halla lejos de estar garantizada. Es decir que todo paciente tiene derecho a ser tratado y atendido en la comunidad en la que vive y a recibir el tratamiento menos restrictivo posible. Aún así, los hospitales generales carecen de atención adecuada para las personas con discapacidad generada por algún trastorno mental, a quienes no se les proporciona un trato adecuado y si deben ser referidos para medicamentos, se les niegan o se les proporcionan los que tienen más efectos secundarios desfavorables.

Castilla (2012) también hace notar que un factor determinante para que las personas con trastornos mentales se encuentren en una situación de

vulnerabilidad es que muchos de estos padecimientos sin una detección temprana e intervención apropiadas se vuelven crónicos y generan alguna discapacidad. En este aspecto, los cuatro trastornos considerados más discapacitantes para quienes los padecen son: esquizofrenia, depresión, trastornos obsesivo-compulsivo y alcoholismo. Los prejuicios y el estigma relacionado con este tipo de padecimientos hace que las personas no busquen ayuda, ya que en parte consideran que se les tomará como locos. Hay personas incluso que al verse involucradas en un proceso penal que les recomienda asistencia especializada, se resisten a recibir tratamiento ya que sostienen no estar locas y no querer que las encierren. También señala que estas reacciones demuestran los imaginarios de ideas erróneas y estigmas que se sostienen acerca de la salud mental. Describe que estas personas sufren diversas formas de exclusión dependiendo de sus condiciones económicas, culturales, étnicas, de género, geográficas, de empleo y otras. Prominentemente, se observa que debido a la naturaleza específica de sus problemas de salud, no sólo se da una desvalorización de su posición social, sino que se genera una autoexclusión por temor a ser discriminadas. El rechazo a la atención psicológica y/o psiquiátrica se origina en la creencia que los trastornos mentales no tienen tratamiento efectivo, el temor y la vergüenza asociados al estereotipo, tanto a nivel laboral como en términos de la participación en diversos ámbitos de la sociedad.

Castilla (2012) además realizó una entrevista a Gabriela Cámara, presidenta de la Asociación Voz Pro Salud Mental en México, quien indicó que el estigma es un factor que impide la atención médica de calidad, puesto que la falta de actualización del personal, al menos en los hospitales, que brinda atención en materia de salud mental lleva a que se den casos donde les recomendaban a los familiares de las personas con trastornos que no se lo contasen a nadie. Esta falta de actualización y sensibilidad sobre la salud mental provoca asimismo que no se ayude adecuadamente a prevenir un mayor deterioro en los afectados o que éstos no tengan confianza en buscar asistencia. Incluso ha escuchado sobre casos donde se les indica que no están tan locos como para mandarlos al psiquiatra.

Hace la observación que no le dirían lo mismo a alguien que padece cáncer, ya que no le dirían que su tumor no es lo suficientemente grande como para enviarlo al oncólogo. Además, se ha comprobado que las personas con depresión no siempre se diagnostican correctamente, ni siquiera en algunos países de ingresos elevados, mientras que otras que en realidad no la padecen son diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos (Organización Mundial de la Salud, 2012). Tanto Cámara en Castilla (2012) como otros entrevistados enfatizan la necesidad de una campaña informativa sobre las enfermedades mentales y programas de actualización para el personal de salud en materias de atención a la salud mental.

Aunque estas situaciones acontecen en México, similares se dan en las instituciones públicas de Guatemala. López, citado por Escobar (2012), refiere que uno de cada cuatro guatemaltecos padece algún trastorno de salud mental, pero que sólo el 2.3% de la población ha consultado alguna vez a un profesional. Muchos evitan a los especialistas debido al estigma y al temor o desconocimiento de saberse diagnosticados por una enfermedad mental. Dávila, en Escobar (2012), indica que en el país se continúa viendo el tema con miedo, como un tabú. En este mismo año Rodríguez, citado por Escobar, opina que se debe comenzar a tener una actitud más abierta y menos estigmatizante; ya que si se tratara más este problema, hablando de él a través de una perspectiva de bienestar, la sociedad en sí estaría mejor, presentando menor agresividad y violencia. Además, Lemus, citado por Escobar (2012), comenta que cuando una situación se escapa de las manos de una persona y se encuentra al límite, ella o su familia se ve en la necesidad de buscar apoyo inmediato, pero pasada la crisis momentánea, dejan de darle prioridad a los tratamientos. Esto sucede a causa del sistema económico y cultural guatemaltecos, los cuales impiden priorizar estos temas y trabajarlos de manera preventiva.

En relación a los psicólogos que trabajan con personas con trastornos del ánimo se hace notar que en muchas ocasiones se dirigen los acercamientos

inmediamente a los fármacos, considerando a personas deprimidas como personas rotas con un defecto (Rottenberg, 2013). Refiere que el estigma en relación a la depresión, así como otros trastornos afectivos tiene en cierta forma una calcomanía, manteniendo a quienes los padecen siempre a la defensiva y evitando tratar el tema. Para el autor, parte esencial del problema es el mensaje que conllevan las representaciones erróneas por parte de los medios, que rara vez se tratan de modificar o contradecir. Enfatiza en lo vital de promover un ambiente donde los afectados puedan hablar libremente acerca de la depresión y no sientan necesidad de esconder su dolor, ya que muchos creen que deben sufrir en silencio.

Zarragoitia (2010) menciona la importancia de la actitud del terapeuta hacia personas con trastornos del ánimo, específicamente trastorno depresivo. El papel que juega el terapeuta es vital para la adherencia terapéutica en la depresión. El promedio de adherencia en los pacientes deprimidos se ha estimado de un 65%. Se ha asociado el cumplimiento del tratamiento a la relación establecida con el terapeuta. El autor enfatiza que no se debe mostrar superioridad frente al paciente, mas demostrar sincero interés por ayudarlo, un trato afable y escucha atenta. Si el paciente siente que su voz es escuchada con atención, poco a poco irá avanzando positivamente por en el tratamiento. Es importante también no hacerle sentir como si fuera simplemente otra historia de depresión, sino darle lugar y espacio a su propia e individual historia. De no darse buen entendimiento y compatibilidad entre terapeuta y paciente, el tratamiento podría no funcionar.

Tworowski y la Asociación TedTalks (2014) indican que quienes padecen trastornos del estado de ánimo temen ser juzgados, etiquetados o mal comprendidos y hasta aislados. Líneas de pensamiento comunes incluyen pensar que son los únicos que se han sentido así y no querer molestar a otros con sus problemas, evitando mencionárselo a familiares y amigos. A la vez, que es un problema sobre el cual es necesario iniciar una conversación, ya que es un problema de la humanidad, no de una sola persona; algo que afecta a millones de

personas alrededor del mundo, sin importar la edad, etnia, género, creencia religiosa, orientación sexual y contexto social. La Asociación To Write Love On Her Arms (2014) cita a personas que explican que lo que más temen es que los demás vean las partes inconclusas o rotas de ellos, así como han mantenido la creencia que deben ser fuertes y esconder las partes tristes y arruinadas de sí mismos para hacer sentir mejor a otros. Esta perspectiva es difícil de superar cuando el estigma prevalece en la cultura general, representándose de formas equivocadas.

Revisando las diversas bibliografías, se podría resumir que alrededor del mundo el tema de los trastornos del estado del ánimo y trastornos mentales en general continúa siendo hasta cierto punto un tema tabú, sobre el cual a nadie le gusta hablar. A la vez, existe aún un fuerte estigma alrededor de quienes los padecen, llevando a actitudes tales como etiquetarlos de locos o de personas con hogares conflictivos con quienes no hay que relacionarse. También se da una creencia que no deben hablar de conflictos personales de esta índole, ya que se vería como debilidad ante los demás, como alguien inútil que no sabe manejar sus problemas. Por esta razón, muy pocas personas solicitan ayuda.

Además, se debe considerar que los propios profesionales de la salud mental a veces mantienen actitudes de estigmatización a través de etiquetas hacia estas personas, lo cual no ofrece un ambiente de confianza y apertura para quienes lo padecen. Los autores concuerdan en que es necesario informar a la población en general y en especial a quienes tratan a personas que padecen estos trastornos. Coinciden en que quizás sin el estigma atado a ellos, podría prevenirse la severidad de los conflictos, como por ejemplo ir al extremo del suicidio. Coinciden además los autores que la mejor forma de empezar a romper el estigma es hablando al respecto e informando sobre el tema para desmentir varias de esas ideas.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (2012), la depresión es un trastorno mental que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo; en el peor de los casos puede incluso llevar al suicidio. Más de la mitad de los afectados (e incluso más del 90% en algunos países) no busca tratamientos para este padecimiento. Entre las razones se encuentran la falta de recursos y personal capacitado, así como la estigmatización de los trastornos mentales y evaluación clínica inexacta. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (2012) reportó que los trastornos del humor ocupan el segundo lugar entre los trastornos que frecuentemente afectan a la población guatemalteca, presentándose en un 8% de la población y siendo los trastornos depresivos los más comunes.

Sin embargo, es un tema que pocas veces se discute, además de ser escasa la información al respecto. En Guatemala es frecuente escuchar frases despectivas en relación a los estados de ánimo de otros, usando como insulto o burla los trastornos del estado del ánimo. No obstante, ¿qué piensan en realidad los jóvenes respecto de los trastornos del estado de ánimo? ¿Conocen y/o comprenden las características e implicaciones de éstos? La depresión, de acuerdo a estos mismos datos de la OMS, es la principal causa mundial de discapacidad; mas, ¿es aceptada socialmente como tal? ¿Qué pensaría o cómo reaccionaría un estudiante si un amigo le dice que toma medicamentos por trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar?

Sin lugar a dudas, es un tema que se evita tratar, debido a que existe cierto estigma o creencia con relación a personas que lo padecen, pensando que son débiles o provienen de hogares problemáticos.

De la misma forma, la discapacidad sufrida por personas con trastornos del estado de ánimo no es algo que puedan evitar experimentar; pueden buscar

tratamiento, como lo haría alguien con una enfermedad cardíaca, pero no pueden simplemente dejarlo pasar. Aún así, no es tomada en cuenta como una discapacidad válida. Por lo tanto, con la presente investigación se pretende determinar las actitudes de los estudiantes de Psicología hacia personas con trastornos del estado de ánimo, tomando como sujetos a estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar.

De esta forma, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las actitudes por parte de los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar ante personas con trastornos del estado del ánimo?

2.1. Objetivos

2.1.1. General:

Determinar las actitudes hacia personas con trastornos del estado de ánimo por parte de estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar.

2.1.2. Específicos:

- Conocer la información que poseen los estudiantes universitarios respecto al tema de los trastornos del estado de ánimo.
- Establecer las conductas por parte de los estudiantes de Psicología hacia personas con trastornos del estado de ánimo.
- Describir los sentimientos por parte de los estudiantes ante los trastornos del estado de ánimo.
- Realizar una comparación entre los estudiantes según año de formación académica en relación a las actitudes hacia personas con trastornos del estado de ánimo.
- Crear un folleto informativo acerca de los trastornos del estado del ánimo para la Facultad de Humanidades, que pueda ser especialmente útil para

los estudiantes de Psicología.

2.2. Variables de estudio

Actitudes

Trastornos del estado de ánimo.

2.3 Definición de variables:

2.3.1. Conceptual:

Actitudes: son “evaluaciones aprendidas sobre una determinada persona, comportamiento, creencia o cosa” (Feldman, 2006, p. 529).

Actitud también es considerada como una disposición constante para responder de cierta forma a las situaciones que se presentan, en base a experiencias pasadas, las cuales de alguna manera orientan e influyen en el comportamiento. En psicología, una actitud se entiende como una estructura hipotética, ya que ésta no puede ser observada directamente, sino que únicamente inferida por las manifestaciones verbales o físicas de las personas con otras personas, objetos o hechos.

Es un concepto utilizado especialmente en la rama de psicología social. En este ámbito se puede distinguir entre actitudes verbales o de comportamiento, permanentes o transitorias. “Cada una de éstas es considerada una disposición permanente hacia la valoración positiva o negativa de cualquier entidad, por lo que el problema de la actitud se revela íntimamente ligado a los sistemas de valores que cada individuo puede cambiar con respecto al colectivo o manifestar originalmente por sí mismo” (Galimberti, 2002, p. 12).

Componentes vitales para la formación de las actitudes son los factores afectivos, ya sea en forma de emociones agradables o desagradables en relación

a las personas u objetos en cuestión; los factores cognoscitivos, los cuales dependen del conjunto de información, conocimiento y creencias que se tengan al respecto; y la motivación que se tenga para conocer más al respecto. Estos componentes guardan relación entre sí y al variar alguno de ellos, puede variar la actitud que se tenga en torno a un tema determinado (Galimberti, 2002).

Trastorno del estado del ánimo: “Un trastorno anímico consiste en una perturbación en el estado emocional o anímico de una persona. La gente experimenta esta perturbación como depresión extrema, júbilo excesivo o una combinación de estos dos estados emocionales”.(Halguin y Krauss, 2008, p. 276). “Los trastornos del estado del ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias” (Asociación Americana de Psicología, APA DSM-IV-TR, 2002, p. 387).

2.3.2. Operacional:

Para esta investigación, actitud se considera las evaluaciones aprendidas con el tiempo que hacen los estudiantes de Psicología Clínica e influenciadas por el ambiente acerca de una persona, comportamiento, creencia o cosa. Se utilizó una escala tipo Likert para medir la actitud de los sujetos con base en los siguientes indicadores:

- Información (ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 15)
- Sentimientos (ítems 8, 13, 17, 18, 22, 23, 25)
- Conductas (ítems 4, 10, 16, 19, 20, 21, 24)

Trastorno del estado del ánimo, partiendo de lo comprendido en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR, se entiende como una perturbación en el estado emocional o anímico de una persona. Los trastornos del estado del ánimo se encuentran divididos en trastornos depresivos (depresión

unipolar), trastornos bipolares; así como el trastorno del estado de ánimo por enfermedad médica y el trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias. En base a esta definición se elaboró la escala tipo Likert para medir la actitud de los estudiantes al respecto.

2.4. Alcances y límites

El presente estudio pretendió conocer las actitudes de los estudiantes de Psicología Clínica de la Univesidad Rafael Landívar respecto a las personas que padecen trastornos del estado del ánimo.

Se limitó a la población de estudiantes de la Licenciatura de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar del año 2014, que asisten al Campus Central. De ellos, se tomó una muestra de 181 mujeres y 40 hombres comprendidos entre las edades de 17 y 58 años, tanto de la jornada matutina, como la vespertina, y en su mayoría habitantes de la capital, a quienes se les aplicó la escala tipo Liket. Por ende, los resultados no pueden generalizarse, a excepción de poblaciones con características similares.

2.5 Aporte

Los resultados obtenidos en esta investigación son un aporte a la Universidad Rafael Landívar, en especial al Departamento de Psicología, puesto que permite conocer cuáles son las actitudes de los estudiantes de Psicología hacia las personas con trastornos del estado del ánimo. Además, puede servir como referencia para psicólogos o instituciones, asimismo para realizar otras investigaciones.

Se pretende también disminuir en cierta medida el estigma ante las enfermedades mentales, específicamente los trastornos del estado del ánimo, dando lugar hacia una apertura sobre el tema. Para los estudiantes de Psicología puede ser de

utilidad para examinar sus propias creencias y actitudes, reflexionar sobre el tema y así poder realizar un mejor trabajo terapéutico en la práctica. Por esta razón se elaboró un folleto informativo con datos básicos sobre los trastornos del estado del ánimo y algunos mitos que se dan al respecto.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

Para la presente investigación, la población investigada fueron los estudiantes de la Licenciatura en Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar, Campus Central, en su mayoría residentes de la capital y de nivel socioeconómico medio o medio-alto. Éstos fueron jóvenes de ambos géneros, masculino y femenino, ya que no se tomó en cuenta como criterio la edad de los participantes, así como aspectos culturales o religiosos de los mismos.

De acuerdo a los datos brindados por el Departamento de Planificación, Seguimiento y Evaluación (comunicación personal, 21 de marzo, 2014), el total de estudiantes inscritos en la carrera de Psicología Clínica durante el primer ciclo del año 2014 fue de 515, tomando en cuenta ambas jornadas, la matutina y vespertina del Campus Central de la Universidad Rafael Landívar. El tamaño de la muestra se calculó a través del programa estadístico STATS con una probabilidad de error de 0.05 y un nivel de confianza del 95%.

En este caso, se trabajó con 221 estudiantes de los distintos años de la carrera de Psicología Clínica, de las jornadas matutina y vespertina, de ellos 181 mujeres y 40 hombres comprendidos entre las edades de 17 y 58 años; como se observa en las tablas 3.1 y 3.2.

Tabla 3.1

Estudiantes de la Licenciatura en Psicología Clínica inscritos en el primer ciclo del año 2014

Carrera	Población	Muestra
Licenciatura en Psicología Clínica	515	221

La selección de sujetos de estudio se llevó a cabo por medio de muestreo

por cuotas, el cual según Hernández, Fernández y Baptista (2006) es un tipo de muestra dependiente de la proporción de ciertas variables demográficas en la población. Por ejemplo, se elige una población y se van conformando o llenando cuotas acorde a los sujetos que se encuentran dentro de la población.

Tabla 3.2

Estudiantes de Psicología Clínica divididos por años de formación, jornada y género

Año de estudio	Masculino		Jornada		Femenino		Jornada		Total por año de estudio
	#	%	M	V	#	%	M	V	
1	11	18.64%	10	1	48	81.36%	48	0	59
2	11	22.45%	11		38	77.55%	38		49
3	10	16.67%	5	5	50	83.33%	25	25	60
4	4	14.29%		4	24	85.71%		24	28
5	4	16%		4	21	84%		21	25
Total	40		26	14	181		111	70	221

3.2. Instrumento

Para la realización de la presente investigación se elaboró un instrumento de evaluaciones sumarias tipo Escala de Likert.

Éste consiste en un conjunto de ítems presentados a manera de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Se muestra cada afirmación y se solicita al sujeto que exprese su reacción escogiendo entre uno de los puntos o categorías de la escala. A cada punto de la escala se asigna un valor numérico, de forma que el encuestado obtiene una puntuación respecto a la afirmación y una puntuación final, al sumar el punteo de todas los ítems. (Hernández et al., 2006). Las ventajas de utilizar este tipo de escala son que maneja instrucciones fáciles de comprender para los evaluados y

se puede aplicar a una cantidad grande de personas a la vez.

Para este trabajo de investigación se construyó una Escala de Likert con veinticinco reactivos para medir los siguientes indicadores:

- Información (ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 15)
- Sentimientos (ítems 8, 13, 17, 18, 22, 23, 25)
- Conductas (ítems 4, 10, 16, 19, 20, 21, 24,)

Se pretendía con la misma determinar las actitudes de los estudiantes de Psicología Clínica, conociendo así la información que poseen respecto al tema de los trastornos del estado de ánimo, sus sentimientos y conductas.

El instrumento consta de dos partes: la primera corresponde a la recopilación de datos generales de los sujetos, tales como el ciclo que cursa al momento de la aplicación del instrumento, género al que pertenece y su edad cronológica.

La segunda parte consta de un listado de ítems referentes al objeto de estudio con cuatro opciones de respuesta: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo. La puntuación de los mismos se da en orden ascendente, de manera que totalmente en desacuerdo sea igual a 1 y totalmente de acuerdo a 4. Asimismo, se encuentran dos preguntas de validación al final del instrumento.

3.3 Procedimiento

- Se seleccionó el tema de investigación.
- Se buscaron antecedentes e información acerca del problema de investigación.
- Se plantearon los objetivos y la variable del estudio.
- Se establecieron los alcances, límites y aportes del mismo.

- Se seleccionó la muestra de sujetos de estudio.
- Se elaboró la escala para medir las actitudes y sentimientos de los estudiantes.
- Se solicitó a tres expertos en elaboración de instrumentos y profesionales de Psicología Clínica que revisaran el instrumento para validarlo.
- Se solicitó permiso de las autoridades de la Facultad de Humanidades de la Universidad Rafael Landívar, Campus Central, para aplicar el instrumento a los sujetos seleccionados.
- Se aplicó la escala a los sujetos de investigación.
- Se tabularon los datos por medio de Excel.
- Se analizaron los resultados.
- Se discutieron los resultados, comparándolos con la fundamentación teórica
- Se especificaron las conclusiones y recomendaciones
- Se elaboró el aporte en forma de folleto informativo
- Se elaboró el informe final

3.4 Diseño y metodología estadística

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo (Hernández et al., 2006), el cual se define por utilizar la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Este enfoque es secuencial y probatorio; donde cada una de sus etapas precede a la siguiente, no se pueden brincar pasos y el orden es riguroso. Además, parte de una idea que va delimitándose hasta derivar objetivos y preguntas de investigación para revisar la literatura existente y construir un marco o perspectiva teórica. Seguido se establecen las hipótesis y determinan variables, se desarrolla un plan para probarlas, éstas se miden en un determinado contexto, se analizan las mediciones obtenidas y establecen finalmente las conclusiones.

Dentro del enfoque cuantitativo se encuentra la investigación con alcance

descriptivo, el cual de acuerdo a los mismos autores, busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, describiendo tendencias de un grupo o población. Es de diseño no experimental, lo cual dicese de un estudio que se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en el cual se observan los fenómenos en su ambiente para luego analizarlos. Este diseño es de tipo transversal, ya que recopila datos en un momento único (Hernández, et al, 2006).

Los estadísticos utilizados para el análisis de datos obtenidos en esta investigación fueron las medidas de tendencia central: moda, media y mediana, así como la desviación estándar y el porcentaje. Los cálculos para estos datos se trabajaron por medio del programa Excel.

IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la escala sobre la percepción de los estudiantes de Psicología Clínica a estudiantes de los distintos años de formación y jornadas de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar.

La escala se aplicó a 221 estudiantes. En la tabla 4.1 se puede observar el porcentaje de estudiantes por año de formación que contestaron la escala en comparación al total de los mismos. Asimismo, la media obtenida por el total de la escala en cada grado de la carrera.

Tabla 4.1
Estudiantes por año de formación

Año	Total por año de estudio	Media total de la escala	% de estudiantes por año de formación
1	59	72.86	26.70%
2	49	22.2	22.17%
3	60	24.11	27.15%
4	28	25.07	12.67%
5	25	24.08	11.31%
TOTAL	221		

El instrumento cuenta con veinticinco afirmaciones. En la tabla 4.2 se presentan los datos estadísticos de media, mediana, moda y desviación estándar para cada pregunta. Para cada una de ellas los sujetos debían escoger entre una de cuatro opciones de respuesta: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo. Asimismo dos preguntas de validación, cuyas opciones son sí o no.

Los ítems se dividen en tres indicadores: información, sentimientos y conductas.

Tabla 4.2

Datos estadísticos

	Afirmación	Media	Moda	Mediana	Desviación estándar
Indicador de Información					
Afirmación 1	<i>Depresión es sinónimo de tristeza.</i>	4	4	4	0
Afirmación 2	<i>Aquellos que sufren trastornos depresivos provienen de hogares problemáticos o desintegrados.</i>	4	4	4	0
Afirmación 3	<i>La depresión se quita con el tiempo.</i>	2.5	3	2.5	0.7
Afirmación 5	<i>El insomnio o hipersomnia están relacionados con la depresión.</i>	1.5	2	1.5	0.7
Afirmación 6	<i>Las personas con trastornos bipolares no pueden tener un trabajo como las demás personas.</i>	3.5	3	3.5	0.7
Afirmación 7	<i>Hay un único tipo de trastorno bipolar.</i>	3.5	4	3.5	0.7
Afirmación 9	<i>El único método para tratar un trastorno depresivo es con medicamento.</i>	3.5	4	3.5	0.7
Afirmación 11	<i>Para evitar estar deprimido hay que ver películas alegres.</i>	4	4	4	0
Afirmación 12	<i>Los adolescentes no se deprimen. Es normal a esa edad.</i>	3.5	4	3.5	0.7
Afirmación 14	<i>Los trastornos bipolares implican pasar de estar enojado a alegre en un mismo día.</i>	4	2	4	0
Afirmación 15	<i>Es culpa de quienes sufren un trastorno depresivo estar así.</i>	4	4	4	0

Indicador de sentimientos					
Afirmación 8	<i>Me daría temor relacionarme con alguien que sé que toma medicamentos para el estado de ánimo.</i>	3.5	4	3.5	0.7
Afirmación 13	<i>Me sentiría incómodo trabajando terapia con un paciente diagnosticado con depresión.</i>	3	4	3	1.4
Afirmación 17	<i>Me sentiría avergonzado si me diagnosticaran un trastorno del estado del ánimo.</i>	3.5	4	3.5	0.7
Afirmación 18	<i>Padecer un trastorno depresivo es algo que se debe hacer en silencio porque nadie debería hablar al respecto.</i>	3.5	4	3.5	0.7
Afirmación 22	<i>Si padeciera depresión, consideraría que se debe a que soy débil.</i>	3	4	3	1.4
Afirmación 23	<i>Me sentiría incómodo trabajando terapia con un paciente que además visita al psiquiatra y está medicado.</i>	3	4	3	1.4
Afirmación 25	<i>Siento que las personas con trastornos del estado del ánimo son una carga para su familia.</i>	3.5	4	3.5	0.7
Indicador de conductas					
Afirmación 4	<i>Si alguien menciona estar deprimido es mejor mantenerse alejado de ellos.</i>	3.5	4	3.5	0.7

Afirmación 10	<i>Si tuviera hijos los mantendría alejados de personas que toman medicamentos para trastornos del estado del ánimo.</i>	3.5	4	3.5	0.7
Afirmación 16	<i>Si uno de mis amigos dice que tiene un trastorno del estado del ánimo, diría que está tratando de llamar la atención.</i>	4	4	4	0
Afirmación 19	<i>Si me diagnosticaran depresión, no le diría a nadie porque pensarían que estoy dando excusas.</i>	3	4	3	1.4
Afirmación 20	<i>Sería irresponsable darle un cargo alto a alguien con un trastorno del estado de ánimo.</i>	4	3	4	0
Afirmación 21	<i>Si algún amigo cercano me comenta que sufre depresión, le diría que estar deprimido es una opción que él elige.</i>	4	4	4	0
Afirmación 24	<i>Si un paciente me comenta que está deprimido, lo primero que debería hacer es enumerar las razones por las cuales debería sentirse dichoso.</i>	3.5	2	3.5	0.7
Preguntas de validación					
Afirmación 26	<i>Si tiene familiares o amigos cercanos que padecen o han padecido un trastorno del estado del ánimo o los ha padecido usted anteriormente.</i>	1	2	1	0
Afirmación 27	<i>Podría entablar una relación afectiva con alguien que padezca un trastorno del estado del ánimo.</i>	1	1	1	0

Así, de esta forma se pudo determinar que:

4.1 Indicador de Información

Afirmación 1: Depresión es sinónimo de tristeza.

Un 29% de los estudiantes estuvo en desacuerdo con esta afirmación, mientras que un 20% estuvo en total desacuerdo. Sin embargo, se dio un 40% que sí estuvo de acuerdo y un 11% totalmente de acuerdo.

Afirmación 2: Aquellos que sufren trastornos depresivos provienen de hogares problemáticos o desintegrados.

Se pudo observar que la mayoría de los sujetos no estuvieron de acuerdo con esta afirmación, especialmente los de los últimos dos años de carrera. Un 25% estuvo en total desacuerdo, mientras que un 41% en desacuerdo.

Afirmación 3: La depresión se quita con el tiempo.

En este ítem se comprobó que un 62% de los estudiantes de Psicología no creen que la depresión o un trastorno depresivo disminuya con el tiempo por sí solo.

Afirmación 5: El insomnio o hipersomnia están relacionados con la depresión.

Un 30% sujetos está totalmente de acuerdo en que el insomnio o hipersomnia mantienen relación con algún trastorno de depresión. Otro 41% está de acuerdo con este hecho. Tanto los estudiantes de primer como los de segundo año opinan de igual forma al respecto.

Afirmación 6: Las personas con trastornos bipolares no pueden tener un trabajo como las demás personas.

La mayoría de los encuestados, un 85%, no está de acuerdo con esta afirmación. Se observa que en general aquellos que se encuentran en su primer año de carrera sí están de acuerdo.

Afirmación 7: Hay un único tipo de trastorno bipolar.

Se pudo confirmar que la mayoría de sujetos, un 63%, se encuentran en total desacuerdo con este ítem. Sin embargo, es evidente que esto varía entre los estudiantes de primer año de formación y los estudiantes de otros años.

Afirmación 9: El único método para tratar un trastorno depresivo es con medicamento.

Asimismo, un 85% de las personas encuestadas consideran que consumir medicamentos no es el único método para tratar un trastorno depresivo. Esto es considerado por los estudiantes en todos los grados de formación.

Afirmación 11: Para evitar estar deprimido hay que ver películas alegres.

La mayoría de sujetos, un 57%, se encuentran en total desacuerdo en torno a esta afirmación, independiente del año de la carrera que cursan. Aún así, un 14% se manifestó de acuerdo, mientras que un 1% totalmente de acuerdo y un 28% en desacuerdo.

Afirmación 12: Los adolescentes no se deprimen. Es normal a esa edad.

Se puede observar que entre los estudiantes de primero a quinto años, un 89% de los sujetos consideran que la depresión sí es algo que los adolescentes pueden padecer y no es normal a esa edad.

Afirmación 14: Los trastornos bipolares implican pasar de estar enojado a alegre en un mismo día.

La mayoría de sujetos, un 53%, tanto de último año de carrera, como de los demás años de formación, se encuentran en total desacuerdo con esta afirmación.

Afirmación 15: Es culpa de quienes sufren un trastorno depresivo estar así.

La mayoría de estudiantes, un 92%, no creen que sea culpa de quienes padecen un trastorno depresivo tenerlo. Esta es una opinión que comparten todos las

personas encuestadas.

4.2. Indicador de Sentimientos

Afirmación 8: Me daría temor relacionarme con alguien que sé que toma medicamentos para el estado de ánimo.

Se pudo observar que un 95% de los sujetos no experimentarían temor al relacionarse con alguien que toma medicamentos para el estado del ánimo.

Afirmación 13: Me sentiría incómodo trabajando terapia con un paciente diagnosticado con depresión.

Un 79% afirman que se sentirían totalmente cómodos llevando terapia con un paciente diagnosticado con un trastorno depresivo.

Afirmación 17: Me sentiría avergonzado si me diagnosticaran un trastorno del estado del ánimo.

De los sujetos encuestados, un 88% afirmó que no se sentirían avergonzados si les diagnosticaran un trastorno del estado del ánimo. Sin embargo, es significativo que los estudiantes de primer grado de formación sí estuvieron de acuerdo con la afirmación de este ítem.

Afirmación 18: Padecer un trastorno depresivo es algo que se debe hacer en silencio porque nadie debería hablar al respecto.

Se pudo observar que la mayoría de estudiantes, un 95%, están en total desacuerdo con la afirmación de este ítem. No obstante, se evidencia que los estudiantes de primer año están más inseguros al respecto.

Afirmación 22: Si padeciera depresión, consideraría que se debe a que soy débil.

Se puede observar que 9% de los sujetos están de acuerdo con esta afirmación y consideran que el padecer un trastorno depresivo se debe a ser débil.

Afirmación 23: Me sentiría incómodo trabajando terapia con un paciente que además visita al psiquiatra y está medicado.

En este ítem se evidenció que el 5% de los estudiantes se sentirían incómodos trabajando con un paciente que además de asistir a terapia, visita al psiquiatra y toma medicamento. Aunque los valores no varían mucho, cabe mencionar que son los estudiantes de primer grado de formación quienes tienden más a estar de acuerdo con esta afirmación.

Afirmación 25: Siento que las personas con trastornos del estado del ánimo son una carga para su familia.

Un 88% de los estudiantes está en desacuerdo con esta información, independiente de su año de formación en la carrera.

4.3. Indicador de Conductas

Afirmación 4: Si alguien menciona estar deprimido es mejor mantenerse alejado de ellos.

Es notorio que la mayoría de sujetos no consideran necesario alejarse de alguien si esta persona se encuentra deprimida. Un 14% estuvieron en desacuerdo con esta afirmación y un 82% en total desacuerdo. Los estudiantes de cuarto año de la carrera particularmente estuvieron en total desacuerdo en relación a esta afirmación. Los de primer año, al contrario, estuvieron por lo general más de acuerdo con ella.

Afirmación 10: Si tuviera hijos los mantendría alejados de personas que toman medicamentos para trastornos del estado del ánimo.

La mayoría de personas encuestadas, un 97%, independiente de su año de formación, estuvieron en desacuerdo con la afirmación de este ítem.

Afirmación 16: Si uno de mis amigos dice que tiene un trastorno del estado del ánimo, diría que está tratando de llamar la atención.

La mayoría de los encuestados, un 94%, tanto de primer grado como de los demás años de estudios, estuvieron en desacuerdo con la premisa que las personas que padecen un trastorno del estado del ánimo buscan llamar la atención de otros.

Afirmación 19: Si me diagnosticaran depresión, no le diría a nadie porque pensarían que estoy dando excusas.

Un 12% de los estudiantes, de todos los años de la carrera, consideran que no le mencionarían a nadie el padecer un trastorno depresivo, puesto que los demás pensarían que está encuentra buscando excusas para su comportamiento.

Afirmación 20: Sería irresponsable darle un cargo alto a alguien con un trastorno del estado de ánimo.

La mayoría de estudiantes, un 71%, está en desacuerdo con la afirmación de este ítem. Sin embargo, cabe mencionar que este desacuerdo es más evidente en aquellos que se encuentran en los dos últimos años de formación.

Afirmación 21: Si algún amigo cercano me comenta que sufre depresión, le diría que estar deprimido es una opción que él elige.

Un 85% de los encuestados, independiente de su año de formación, se encuentra en desacuerdo con esta afirmación.

Afirmación 24: Si un paciente me comenta que está deprimido, lo primero que debería hacer es enumerar las razones por las cuales debería sentirse dichoso.

De los encuestados, 47% se encuentra de acuerdo con la afirmación y considera que lo primero al hacer cuando un paciente menciona estar deprimido, es enumerar las razones por las cuales debería sentirse dichoso. Es evidente además, que esta creencia es más fuerte en aquellos pertenecientes a los primeros tres años de formación.

4.4. Preguntas de validación:

Afirmación 26: Si tiene familiares o amigos cercanos que padecen o han padecido un trastorno del estado del ánimo o los ha padecido usted anteriormente.

Se halló que de los encuestados, un 48% tiene familiares o amigos cercanos que padecen o han padecido un trastorno del estado del ánimo o los han padecido ellos mismos. Los estudiantes de segundo año son los que menos veces respondieron afirmativamente a esta pregunta.

Afirmación 27: Podría entablar una relación afectiva con alguien que padezca un trastorno del estado del ánimo.

Se encontró que un 25% de los estudiantes no podría entablar una relación afectiva con alguien que padezca un trastorno del estado del ánimo. Esta incidencia es más marcada entre estudiantes de segundo y tercer año.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con base a los resultados obtenidos en la presente investigación sobre las actitudes ante el estado del ánimo, se puede observar que un 69% de los estudiantes a quienes se les aplicó la escala mantiene una actitud positiva. Sin embargo, un 28% de los encuestados mantiene una actitud negativa y 3% una actitud muy negativa. Esto coincide en parte con el estudio de Rivera, López, Aparicio, Morris y Escobar (2011) para la Organización Panamericana de la Salud. Ellos procuraron disponer de suficiente información que permitiera abordar el cambio y la mejora de los servicios de salud mental en Guatemala y concluyeron que aunque ya existen pasos para informar y trabajar con este tema, prevalece una ausencia de conciencia a su relevancia, tanto por parte de la población en general, como de las autoridades del país. Asimismo, concluyen que en Guatemala, el tema de la salud mental continúa siendo objeto de estigma y exclusión, como también se observa en los datos obtenidos en la presente investigación.

El estudio trataba sobre la salud mental en general, pero hay similitud en que aunque los estudiantes en su mayoría mantienen una buena actitud, aún hay un alto porcentaje que sostiene una actitud media al respecto, no dándole mayor importancia, pero tampoco rechazando a aquellas personas con trastornos del estado del ánimo.

De igual manera, se puede contrastar este trabajo con la investigación realizada por Comas y Álvarez, llevada a cabo en España (2002), quienes buscaban conocer cómo percibe la población española la depresión. En este caso se encontró que aunque la población en general tiene un notable conocimiento sobre el tema, continúan existiendo prejuicios que dificultan tanto el tratamiento y recuperación del paciente deprimido como su reinserción social. Estas creencias influyen de forma negativa en la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes y seguido desisten del mismo. Esto coincide con los resultados de esta

investigación donde también los estudiantes de Psicología demuestran conocimiento sobre el tema pero un porcentaje aún mantiene los prejuicios y estigmas al respecto.

No obstante los datos encontrados en el presente trabajo difieren de lo hallado por Michaels (2013) en Chile, quien analizó la percepción pública hacia la depresión por parte de 200 estudiantes y profesores. El autor concluyó que existe un fuerte estigma en relación a la depresión, ya que la mayoría de participantes considera que las personas con depresión rara vez son aceptadas en la sociedad chilena. Además, los conocimientos respecto a la enfermedad están entrelazados a confusiones con otras enfermedades. Es notable que la percepción difiere en la población de estudiantes guatemaltecos, quienes en general mantienen menores prejuicios respecto a los trastornos del estado del ánimo.

Estos hallazgos pueden encontrarse relacionados con lo encontrado por Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén (2009). Los investigadores llevaron a cabo un estudio con los objetivos de investigar y conocer las representaciones sociales y prejuicios que la sociedad tiene de la problemática de las personas con enfermedad mental. Asimismo, sus consecuencias e impacto sobre éstas y sus familias, establecer propuestas de actuaciones que disminuyan el estigma, aumentando con ella la sensibilización, aceptación social y el compromiso de la sociedad en la integración social y laboral de las personas con enfermedad mental grave. Entre sus conclusiones se encuentra el hallazgo que los familiares de las personas con algún trastorno sostienen sus estereotipos y reacciones negativas en relación a otras personas que no sean sus parientes. De los estudiantes encuestados en el presente estudio, un 48% respondió afirmativamente a tener algún pariente o amigo cercano que padezca o ha padecido un trastorno del estado del ánimo, así como padecerlo ellos mismos. De esta forma, se puede observar que por esta razón las actitudes en general son positivas, puesto que han experimentado de cerca alguno de estos trastornos, ya sean en sus familiares o en ellos mismos.

Por otro lado, los resultados de la investigación concuerdan con los encontrados por López- Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio (2008). Ellos tuvieron como objetivo revisar la bibliografía disponible sobre el estigma y la discriminación que afectaba hasta esa fecha a la enfermedad mental, intentando elaborar un modelo general que pudiera orientar a los profesionales en el futuro. Se concluyó que el estigma hacia las personas con trastornos mentales se presenta en su mayoría como un fenómeno social. Por ende las posibles soluciones requieren intervenciones a niveles sociales y personales, muchas de ellas de carácter clínico. Esto es relevante porque a pesar que la mayoría de los encuestados en el presente trabajo mantienen una actitud positiva hacia personas con trastornos del estado del ánimo, hay un porcentaje que no. Tratándose de estudiantes precisamente de Psicología Clínica, donde parte fundamental de su carrera será trabajar con estos casos, un 28% de actitud negativa y un 3% de actitud muy negativa, es preocupante debido a que es parte esencial del trabajo de un psicólogo clínico mantener una actitud abierta y sin prejuicios hacia los pacientes, haciéndolos sentir cómodos y no juzgados al hablar sobre cualquier cosa que piensen o sientan. Si los propios psicólogos clínicos que trabajan con un paciente con un trastorno del estado del ánimo le hacen sentir mal, se retraerá más y menos deseará buscar ayuda.

Estos hallazgos, se pueden también asociar a lo que encontraron Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005) en México. El objetivo de su estudio era presentar las estimaciones de prevalencia de depresión, así como el porcentaje de individuos que han sido médicamente diagnosticados. Un alto porcentaje de los entrevistados refirió no buscar atención médica debido a que este trastorno se asocia con prejuicios y un fuerte estigma social.

Asimismo en Bogotá, Gómez-Restrepo, Bohórquez, Gil y Pérez (2005) realizaron un estudio experimental acerca de los trastornos depresivos en médicos de atención primaria. En la primera prueba realizada, se encontró que el conocimiento sobre el tema calificaba en un 26.3 de 50, mientras que en el

examen realizado después de un entrenamiento, fue de 33.2 sobre 50. A pesar que esta investigación se realizó con médicos en lugar de psicólogos, se mantiene el principio que el personal que debería estar capacitado para tratar estos temas, seguido desconocen información al respecto o mantienen por sí mismos prejuicios y estigmas. Retornando a los estudios de Comás y Álvarez, así como el de López-Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, éstos concuerdan que el estigma y creencias populares respecto a la depresión, así como otros trastornos del estado del ánimo influyen negativamente con la motivación para buscar ayuda. Especialmente cuando los lugares donde la buscan, no la brindan adecuadamente o confirman el prejuicio.

VI. CONCLUSIONES

- Se determinó que las actitudes hacia las personas con trastornos del estado del ánimo por parte de los estudiantes de Psicología de la Universidad Rafael Landívar son en su mayoría positivas (69%). Sin embargo, un porcentaje de los sujetos todavía muestra actitudes negativas (28%) y muy negativas (3%).
- Por lo general los estudiantes están correctamente informados respecto a los trastornos del estado del ánimo. Sin embargo, hay un porcentaje, 31% de los estudiantes, que no posee información suficiente.
- Asimismo, los sujetos muestran sentimientos y conductas adecuadas hacia las personas que padecen trastornos del estado del ánimo. No obstante, un 28% posee sentimientos negativos y 3% muy negativos al respecto, mas no siempre lo refleja en sus conductas, puesto que éstas son más positivas.
- Por otro lado, se pudo observar que las actitudes no varían en gran parte entre los estudiantes de los diversos años de carrera. Por lo que las actitudes negativas encontradas se encuentran distribuidas entre los mismos y se dan a nivel personal, más que por nivel de formación.

VII. RECOMENDACIONES

- A pesar que el porcentaje de estudiantes con actitudes negativas no pertenece a la mayoría, se recomienda que la Facultad de Humanidades de la Universidad Rafael Landívar incluya en los programas de las clases de Psicopatología, Sistemas de Clasificación Diagnóstico y Entrevista una unidad en la cual se trabaje en los mitos y las actitudes hacia el paciente, brindando la información correcta al respecto.
- Independiente del trastorno o situación de las personas a quienes se les aplicó la escala, se sugiere que la Facultad de Humanidades incluya en el curriculum de la carrera de Psicología Clínica talleres que permitan fomentar una actitud de completa aceptación, empatía y libre de prejuicios ante los trastornos del estado del ánimo, ya que son problemáticas que se presentaran frecuentemente en la práctica psicológica. Asimismo, las actitudes en relación a las demás personas con las que los estudiantes tienen un trato diario y no únicamente con los pacientes. Aunque no siempre lo demuestren, los prejuicios y estigmas están ahí y es necesario ahondar con ejercicios para mantener una mente abierta y no generalizar.
- Además se sugiere a la Facultad de Humanidades incluir en los programas de los cursos de Psicología General, Entrevista y Psicopatología una unidad que permita a los estudiantes realizar una reflexión personal respecto a los sentimientos y conductas hacia las personas. La teoría y práctica son vitales para el ejercicio profesional, pero las reflexiones respecto al sentir de su trabajo y las actitudes que presentan ante los demás son de igual importancia para la labor de un psicólogo clínico.
- Se recomienda a la Facultad de Humanidades brindar a los estudiantes mayor información sobre los trastornos del estado del ánimo y la manera de trabajar en conjunto con psiquiatras debido a personas que los padezcan.

Esto puede hacerse dentro de los cursos de Psicopatología y Psicofarmacología, asimismo realizando conferencias en torno al tema.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbagnano, N. (2004) *Diccionario de filosofía*. México D.F., México: Fondo de Cultura

Academia Gauss. (2014). *Diccionario de Términos de Psicología*. Recuperado de: <http://www.academiagauss.com/diccionarios/diccionario.htm>

Acuña, C. y Bolis, M. (2005). *La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas*. Recuperado de: <http://www.eutimia.com/ops/leg-estigmatizacion-esp.pdf>

Asociación Americana de Psicología. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.

Asociación To Write Love On Her Arms. (2014). *Depression and Desire: TWLOHA supporters respond [Depresión y deseo: los partidarios de TWLOHA responden]*. Recuperado de: <http://twloha.com/blog/depression-and-desire-twloha-supporters-respond>

Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. y Lozano, R. (2005). *Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609302>

Breel, K. & la Asociación TedTalks. (2013). *Let's talk about depresión. Confessions of a depressed comic [Hablemos de depresión. Confesiones de un cómico deprimido]*. (Vídeo en línea). Recuperado de: http://www.youtube.com/watch?v=-Qe8cR4JI10&feature=share&list=PLcvjl8sP6a3Ba_d46sNmfM--HzYAH2eER&index=1

Castilla, M. (2012). *Las razones de la sinrazón: discriminación y salud mental*. México, D.F., México: Flacso.

Chemama, R. (2007). *Depresión, la gran neurosis contemporánea*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Comas, A y Álvarez, E. (2002). *Conocimiento y percepción de la depresión entre la población española*. Barcelona, España: Actas españolas de psiquiatría

Dauphinais, D. (2014). *What I learned through my son's addiction [Lo que aprendí a través de la adicción de mi hijo]*. Recuperado de: <http://twloha.com/blog/what-i-learned-through-my-sons-addiction>

Doron, R. y Parot, F. (2010). *Diccionario Akal de Psicología*. Madrid, España: Akal

Escobar, J. (2012). *Los grandes retos de la salud mental*. Recuperado de: <http://especiales.prensalibre.com/revistad/2012/06/03/reportajecentral.shtml>

Feldman, R. (2006). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. México, D.F., México: McGraw Hill.

Galimbarti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. México, D.F., México: Siglo XXI Editores

Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Gil, J. y Pérez, V. (2005). *Conocimiento sobre los trastornos depresivos y evaluación de una intervención educativa aplicada a médicos de atención primaria en bogotá, colombia. resultados colombianos del proyecto internacional de depresión*. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502005000200004&script=sci_arttext

Halguin, R. y Krauss, S. (2008). *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. México D.F., México: Manual Moderno.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: McGraw Hill

Larsen, R. y Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad*. México, D.F., México: McGraw Hill.

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. y Aparicio, A. (2008). *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible*. Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>

Michaels, E. (2013). *El estigma de la depresión y cómo está influenciado por la percepción de la enfermedad en Santiago Chile*. Recuperado de:
http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2678&context=isp_collection

Muñoz, C. (2009). *Observatorio de salud mental en Guatemala, análisis de la situación de la inversión en salud mental – proyecto piloto en la Ciudad de Guatemala-*. Recuperado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2767.pdf

Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid, España: Editorial Complutense, S.A.

Organización Mundial de la Salud. OMS. (2012). *La depresión*. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Día Mundial de la Salud mental: la*

depresión, una crisis global. Recuperado de:
http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=610:a-mundial-de-la-salud-mental:-la-depresin,-una-crisis-global&Itemid=0

Psicoactiva. (2014). *Diccionario de psicología.* Recuperado de:
http://www.psicoactiva.com/diccio/diccio_a.htm

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la Lengua Española.* Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=persona>

Reyna, A. (2005). *Manejo de ideas irracionales de un paciente diagnosticado con depresión y la incidencia en su inestabilidad laboral.* Universidad Rafael Landívar, Guatemala. (Tesis de licenciatura inédita).

Reyna, V. (2007). *Manejo de ideas irracionales que afectan el desenvolvimiento social de pacientes adultos diagnosticados con trastorno depresivo que asisten al Instituto de Psicología Dr. José Pacheco Molina.* Universidad Rafael Landívar. Guatemala. (Tesis de licenciatura inédita).

Rivera, R., López, V., Aparicio, V., Morris, J y Escobar, A. (2011). *Informe sobre el sistema de salud mental en Guatemala.* Recuperado de:
http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/guatemala_who_aims_report_spanish.pdf

Rodríguez, J., Barrett, T., Narváez, S., Caldas, J., Levav., I. y Saxena, S. (2007). *Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS.* Recuperado de:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n5/a08v22n5.pdf>

Rottenberg, J. (2013). *The come out of the dark campaign: an introduction [La campaña para salir de la oscuridad: una introducción].* Recuperado de:

<http://www.psychologytoday.com/blog/charting-the-depths/201311/the-come-out-the-dark-campaign-introduction>

Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. México D.F., México: Manual Moderno.

Smith, A. (2014). *Taking meds: overcoming the shame factor [Tomar medicamentos: superando la vergüenza]*. Recuperado de:

<http://twloha.com/blog/taking-meds-overcoming-shame-factor>

Twoorkowski, J. (2014) & Asociación TedTalks. *Depression and Desire [Depresión y deseo]*. (Vídeo en línea). Recuperado de:

<https://www.youtube.com/watch?v=8rtThtVdnrc>

Zarragoitia, I. (2010). *La adherencia terapéutica en la depresión*. La adherencia terapéutica en la depresión.

ANEXOS

Anexo 1: Elemento de estudio, indicadores e instrumentos

Variable	Definición operacional	Indicadores	Ítem correspondiente en el instrumento	Preguntas
Actitud ante personas con trastornos del estado del ánimo	Para esta investigación, actitud se considera las evaluaciones aprendidas con el tiempo e influenciadas por el ambiente acerca de una persona, comportamiento, creencia o cosa en los estudiantes de Psicología Clínica.	<u>Información</u>	1	Depresión es sinónimo de tristeza.
			2	Aquellos que sufren trastornos depresivos provienen de hogares problemáticos o desintegrados.
			3	La depresión se quita con el tiempo.
			5	El insomnio o hipersomnias están relacionados con la depresión.
			6	Las personas con trastornos bipolares no pueden tener un trabajo como las demás personas.
			7	Hay un único tipo de trastorno bipolar.
			9	El único método para tratar un trastorno depresivo es el medicamento.
			11	Para evitar estar deprimido hay que ver películas alegres.
			12	Los adolescentes no se deprimen. Es normal a esa edad.
			14	Los trastornos bipolares implican pasar de estar enojado a alegre en un mismo día.
			15	Es culpa de quienes sufren un trastorno depresivo estar así.
			<u>Sentimientos</u>	8

			13	Me sentiría incómodo trabajando terapia con un paciente diagnosticado con depresión.
			17.	Me sentiría avergonzado si me diagnosticaran un trastorno del estado del ánimo.
			22	Si padeciera depresión, consideraría que se debe a que soy débil.
			23	Me sentiría incómodo trabajando terapia con un paciente que además visita al psiquiatra y está medicado.
			25	Siento que las personas con trastornos del estado del ánimo son una carga para su familia.
		<u>Conductas</u>	4	Si alguien menciona estar deprimido es mejor mantenerse alejado de ellos.
			18	Padecer un trastorno depresivo es algo que se debe hacer en silencio porque nadie debería hablar al respecto.
			10	Si tuviera hijos los mantendría alejados de personas que toman medicamentos por trastornos del estado del ánimo.
			16	Si uno de mis amigos dice que tiene un trastorno del estado del ánimo, diría que está tratando de llamar la atención.
			19	Si me diagnosticaran depresión, no le diría a nadie porque pensarían que estoy dando excusas.
			20	Sería irresponsable darle un cargo alto a alguien con un trastorno del estado de ánimo.

			21	Si algún amigo cercano me comenta que sufre depresión, le diría que estar deprimido es una opción.
			24	Si un paciente me comenta que está deprimido, lo primero que haría es enumerar las razones por las cuales debería sentirse dichoso.

Escala sobre la percepción de los estudiantes de Psicología Clínica

Su participación en este estudio es importante y la información recopilada confidencial. La presente escala forma parte de un estudio que busca conocer las actitudes de los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar, Campus Central ante las personas que padecen trastornos del estado del ánimo.

Datos generales

Ciclo que cursa actualmente		
Edad:		
	1	2
Género	M	F
Jornada	Matutina	Vespertina

Cuestionario

Por favor contestar marcando con una X y con la mayor sinceridad posible, eligiendo en cada enunciado la opción que más se aproxime a lo que considere sea su caso.

	<u>Afirmaciones</u>	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		1	2	3	4
1	Depresión es sinónimo de tristeza.				

2	Aquellos que sufren trastornos depresivos provienen de hogares problemáticos o desintegrados.				
3	La depresión se quita con el tiempo.				
4	Si alguien menciona estar deprimido es mejor mantenerse alejado de ellos.				
5	El insomnio o hipersomnia están relacionados con la depresión.				
6	Las personas con trastornos bipolares no pueden tener un trabajo como las demás personas.				
7	Hay un único tipo de trastorno bipolar.				
8	Me daría temor relacionarme con alguien que sé que toma medicamentos para el estado de ánimo.				
9	El único método para tratar un trastorno depresivo es el medicamento.				
10	Si tuviera hijos los mantendría alejados de personas que toman medicamentos para trastornos del estado del ánimo.				
11	Para evitar estar deprimido hay que ver películas alegres.				
12	Los adolescentes no se deprimen. Es normal a esa edad.				
13	Me sentiría incómodo trabajando terapia con un paciente diagnosticado con depresión.				
14	Los trastornos bipolares implican pasar de estar enojado a alegre en un mismo día.				
15	Es culpa de quienes sufren un trastorno depresivo estar así.				
16	Si uno de mis amigos dice que tiene un trastorno del estado del ánimo, diría que está tratando de llamar la atención.				
17	Me sentiría avergonzado si me diagnosticaran un trastorno del estado del ánimo.				
18	Padecer un trastorno depresivo es algo que se debe hacer en silencio porque nadie debería hablar al respecto.				

19	Si me diagnosticaran depresión, no le diría a nadie porque pensarían que estoy dando excusas.				
20	Sería irresponsable darle un cargo alto a alguien con un trastorno del estado de ánimo.				
21	Si algún amigo cercano me comenta que sufre depresión, le diría que estar deprimido es una opción que él elige.				
22	Si padeciera depresión, consideraría que se debe a que soy débil.				
23	Me sentiría incómodo trabajando terapia con un paciente que además visita al psiquiatra y está medicado.				
24	Si un paciente me comenta que está deprimido, lo primero que debería hacer es enumerar las razones por las cuales debería sentirse dichoso.				
25	Siento que las personas con trastornos del estado del ánimo son una carga para su familia.				

Responda:

26. Si tiene familiares o amigos cercanos que padecen o han padecido un trastorno del estado del ánimo o los ha padecido usted anteriormente.

Sí ____ No ____

27. Podría entablar una relación afectiva con alguien que padezca un trastorno del estado del ánimo.

Sí ____ No ____

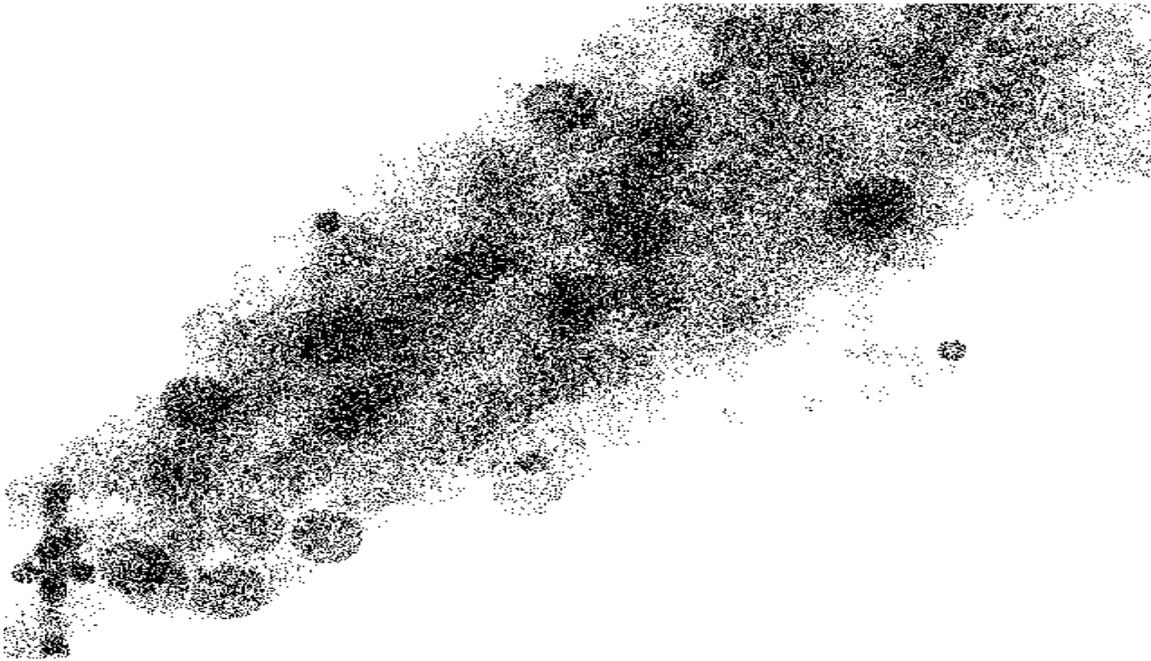
¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Anexo 3: Folleto



Trastornos del estado del ánimo

Mitos y realidades



Un trastorno anímico consiste en una perturbación en el estado emocional de una persona. Esto se experimenta como depresión extrema, júbilo excesivo o una combinación ambos (Halguin y Krauss,

La característica principal de los trastornos depresivos es que el individuo siente una disforia o tristeza abrumadora. Se dividen en trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, por ejemplo alcohol.

Los trastornos depresivos a su vez, se dividen en trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. Los trastornos bipolares se distinguen en trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado. Éstos usualmente al presentarse se encuentran acompañados de los primeros.

“Vivimos en un mundo donde todos corren a firmar el yeso de alguien que se rompió el brazo, pero se dan la vuelta si esta persona les dice que está deprimida.” (Breel y la Asociación TedTalks, 2013)

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Se dividen en trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. La depresión no significa debilidad personal, ni depende de la voluntad de la persona para mejorar. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas quienes padecen depresión pueden mejorar con tratamiento adecuado. La depresión severa puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de la familia.

Entre los criterios encontrados por la Asociación Americana de Psicología (2002) y presentados en el DSM-IV-TR para diagnosticar un trastorno depresivo mayor es necesario que se den por lo menos cinco de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, los cuales marcan un cambio notorio respecto a las actividades usuales de la persona, así como una interferencia en sus actividades



Depresión (2013). Recuperado de: <http://lasmusasyelduendepoemas.blogspot.com/>

Es importante recordar que un trastorno del estado del ánimo puede afectar a cualquier persona, de cualquier entorno, edad y nivel socioeconómico.

diarias:

- ❖ Estado depresivo la mayor parte del día
- ❖ Disminución de interés o capacidad en las actividades diarias
- ❖ Pérdida/aumento de peso o pérdida/aumento de apetito
- ❖ Insomnio/Hipersomnia
- ❖ Agitación/enlentecimiento psicomotoras
- ❖ Fatiga o pérdida de energía
- ❖ Sentimientos diarios de inutilidad o culpabilidad
- ❖ Disminución en la concentración
- ❖ Pensamientos recurrentes de muerte

En cuanto a los criterios del trastorno distímico, son similares, únicamente el tiempo varía, manifestándose los síntomas durante al menos dos años. El trastorno debido a enfermedad médica se caracteriza por una prolongada alteración del estado del ánimo que se considera efecto de una enfermedad médica. El inducido por sustancias es una alteración debido a una droga, medicamento o la exposición a un tóxico. También se puede dar el trastorno del estado del ánimo no especificado, el cual incluye trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ninguno de los otros trastornos.

TRASTORNOS BIPOLARES

Los trastornos bipolares se caracterizan por conformarse de episodios con diversos estados del ánimo predominantes en dicho episodio. Éstos pueden ser maníaco único, hipomaníaco, maníaco, mixto, depresivo o no especificado. Los criterios varían de acuerdo a cada uno, pero en todos los casos se presentan un malestar clínicamente significativo o deterioro social. Es necesario distinguir que un episodio maníaco se define por un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Esta alteración debe ir acompañada por al menos otros tres síntomas:

- ❖ Aumento de la autoestima o pensamientos de grandiosidad
- ❖ Disminución de la necesidad de dormir
- ❖ Tener problemas para relajarse
- ❖ Lenguaje verborreico
- ❖ Fuga de ideas
- ❖ Ideas delirantes o alucinaciones
- ❖ Distraibilidad
- ❖ Agitación psicomotora
- ❖ Implicación excesiva en actividades placenteras
- ❖ Aumento en la actividad, tratar de hacer muchas cosas a la vez

En el tipo hipomaníaco se dan síntomas similares, a excepción de las ideas delirantes o alucinaciones. El estado de ánimo durante un episodio hipomaníaco debe ser claramente distinto del estado de ánimo habitual de la persona cuando no está deprimida y tiene que haber un cambio claro de su actividad habitual, ya que los cambios del estado de ánimo y de la actividad han de ser observables por otras personas. En un episodio mixto se dan síntomas depresivos y maníacos por un período de tiempo de al menos una semana (Asociación Americana de Psicología, 2002).

Acorde a datos recientes de la Organización Mundial de la Salud la depresión es un trastorno mental que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. Más de la mitad de los afectados no busca tratamiento ni ayuda.

La Organización Panamericana de la Salud reportó en el 2012 que los trastornos del humor ocupan el segundo lugar entre los trastornos que frecuentemente afectan a la población guatemalteca, presentándose en un 8% de la población y siendo los trastornos depresivos los más comunes.

Un trastorno depresivo no es lo mismo que un sentimiento de tristeza. La tristeza es una emoción temporal. No dura más de unas horas o un par de días, no interfiere con el funcionamiento normal de la persona.

MITOS Y PREJUICIOS

- ❖ Son trastornos que afectan a personas de hogares desintegrados o problemáticos.
 - ❖ Son culpa de la persona que lo padece.
- ❖ El único tratamiento para una persona con depresión es el medicamento.
 - ❖ Las personas que sufren un trastorno del estado del ánimo simplemente necesitan pensar positivo.
- ❖ Ser bipolar significa pasar de estar alegre a triste en un mismo día o en un par de horas.
 - ❖ Un trastorno del estado del ánimo solamente afecta a personas “débiles”.
- ❖ Las personas con trastornos depresivos o bipolares solamente están tratando de llamar la atención y son una carga para su familia.
 - ❖ Las personas deprimidas simplemente deben dejar de exagerar y pensar positivo.
- ❖ “Él ha de ser bipolar porque un día me llama y al siguiente no.”

BIBLIOGRAFÍA:

- Asociación Americana de Psicología. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.
- Breel, K. & la Asociación TedTalks. (2013). *Let's talk about depresión. Confessions of a depressed comic [Hablemos de depresión. Confesiones de un cómico deprimido]*. (Video en línea). Recuperado de: http://www.youtube.com/watch?v=-Qe8cR4Jl10&feature=share&list=PLcvjl8sP6a3Ba_d46sNmfM--HzYAH2eER&index=1
- Halguin, R. y Krauss, S. (2008). *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. México D.F., México: Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2012). *La depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Día Mundial de la Salud mental: la depresión, una crisis global*. Recuperado de: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=610:a-mundial-de-la-salud-mental:-la-depresin,-una-crisis-global&Itemid=0



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala