

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**AUTOESTIGMA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DEPENDIENTES A  
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO  
CORAZÓN DE QUITO**

**Autor:** Deysi Yolanda Zumba Morales

**Tutor:** PS. CL. Juan Pablo Mazón Mgs.

Riobamba- Ecuador

2017

## PÁGINA DE REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del Proyecto de Investigación con el título: **"AUTOESTIGMA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DEPENDIENTES A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN DE QUITO"**, Presentado por: la egresada de la Carrera de Psicología Clínica Deysi Yolanda Zumba Morales y dirigido por el Ps. CL. Juan Pablo Mazón Mgs. Una vez revisado el Informe final del Proyecto de Investigación con fines de graduación y verificado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remiten el presente para el uso y custodia en la biblioteca de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Por constancia de lo expuesto firman:

Ps. CL. Juan Pablo Mazón Mgs.

Tutor



Firma

Dr. Byron Boada

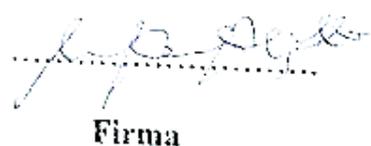
Miembro del tribunal



Firma

Mgs. Alejandra Sarmiento

Miembro del tribunal



Firma

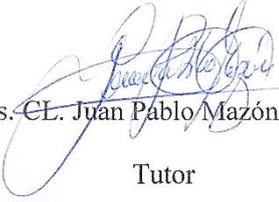


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CERTIFICADO**

Certifico que la Srta. Deysi Yolanda Zumba Morales con CI: 140073004-8. Egresada de la carrera de Psicología Clínica, revisado el informe final del proyecto de investigación escrito, en el cual ha constado el cumplimiento de las observaciones realizadas, se encuentra apta para presentarse a la defensas publica de su tema de proyecto de investigación: **AUTOESTIGMA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DEPENDIENTES A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN DE QUITO.**

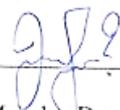
Riobamba, 20 de noviembre de 2017

  
Ps. CL. Juan Pablo Mazón Mgs.

Tutor

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA

La responsabilidad del contenido de este proyecto de Investigación de Graduación, corresponde exclusivamente a: Deysi Yolanda Zumba Morales, dirigida por el Ps. CL. Juan Pablo Mazón Mgs. Y el patrimonio intelectual de la misma pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Zumba Morales, Deysi Yolanda

1400730048

## **AGRADECIMIENTO**

“Es difícil derrotar a una persona que nunca se rinde “

Babe Ruth

Agradezco a Dios por ser el pilar de mi vida y darme la certeza de creer que era posible lo imposible. A mis padres por todo su sacrificio y confianza depositada en mí, a mis cinco hermanos por ser mi constante apoyo, a mi tía Angelita por haber estado cuando más la necesité. A la Universidad Nacional de Chimborazo por permitirme cumplir mi sueño en sus aulas. Al Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón por haberme abierto las puertas para la realización de este proyecto de investigación. A Vicente por haber sido mi fortaleza en momentos de flaqueza.

**Deysi Zumba M.**

## DEDICATORIA

“Todo ganador tiene cicatrices”

Napoleón Hill

Quiero dedicar este proyecto a mis padres porque un día decidieron dejar sus sueños a un lado por ver cumplir el de sus hijos, por su entrega e infinito amor.

A mis Abuelitos Manuelito y Estelita, que desde algún lugar del cielo siguen orgullosos y celebran cada triunfo de sus nietos.

Y por último, a Vicente por haber sido mi compañero incondicional en la labor de cumplir mi sueño.

**Deysi Zumba M.**

## ÍNDICE GENERAL

PORTADA	I
REVISIÓN DEL TRIBUNAL	II
CERTIFICADO	III
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
ÍNDICE GENERAL	VII
ÍNDICE DE TABLAS	X
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	5
Objetivo General	5
Objetivos Específicos	5
ESTADO DEL ARTE	6
Antecedentes de la investigación	6

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	7
LA ESTIGMATIZACIÓN	7
Clasificación del Estigma	8
AUTOESTIGMA	9
PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL ESTIGMA EN EL DROGODEPENDIENTE	11
Tipología y formas de estereotipos: aplicaciones concretas en drogodependencia	11
DEPRESIÓN	12
Etiología	13
Clasificación	14
METODOLOGÍA	17
Diseño	17
POBLACIÓN Y MUESTRA	18
Criterios de Inclusión	18
Criterios de Exclusión	19
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	19
Instrumentos psicológicos	19
Inventario de Depresión de Beck	19
Escala ISMI (Internalized stigma in drug)	20
PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS	22
RESULTADOS	22

DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	36

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Niveles de depresión en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas	22
<b>Tabla 2.</b> Experiencias subjetivas del Autoestigma en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas	23
<b>Tabla 3.</b> Tabla relacional entre las experiencias subjetivas del autoestigma y los niveles de depresión	25

## RESUMEN

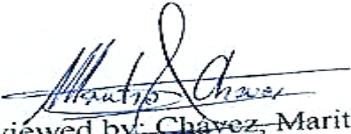
El proyecto de Investigación se realizó en el “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón” con el objetivo de determinar el Autoestigma y la Depresión de los pacientes dependientes a sustancias psicoactivas, a su vez se identificó las experiencias subjetivas del autoestigma para conocer el área afectada de forma más específica para finalmente relacionarlo con los niveles de depresión. El diseño de investigación es de tipo cuantitativo y no Experimental. El tipo de investigación es de campo y transversal. El nivel de investigación es descriptivo. La población investigada fue de 40, con una muestra no probabilística se seleccionó bajo los criterios de inclusión y exclusión, correspondiente a 20 personas. Las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados son: Inventario de Depresión de Beck, y Escala ISMI (Internalized stigma in drug). Entre los resultados más importantes se menciona que: Todos los pacientes tienen autoestigma. En cuanto a la relación de las experiencias subjetivas del autoestigma y la depresión el 80% de pacientes que presenta depresión leve utilizan la experiencia subjetiva alienación en un 45%; Asunción del estereotipo 25%; Aislamiento social 10%. Y, el 20% que presenta depresión moderada utilizan la experiencia subjetiva alienación un 10% y Asunción del estereotipo 10%.

**Palabras claves:** Autoestigma, Depresión, experiencias subjetivas del autoestigma.

## Abstract

The research project was carried out in the "Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón" with the aim of determining the self-esteem and depression of the patients dependent on psychoactive substances, in turn identifying the subjective experiences of the self-esteem in order to know the affected area in a more specific form and finally relate it with the levels of depression. The research design is quantitative and not experimental. The type of research is field and transversal. The level of research is descriptive. The population investigated was 40, with a non-probabilistic sample was selected under the inclusion and exclusion criteria, corresponding to 20 people. The techniques and data collection instruments used are: Beck Depression Inventory, and ISMI Scale (Internalized steem in drug). Among the most important results it is mentioned that, all patients have self-esteem. Regarding the relationship of the subjective experiences of self-esteem and depression, 80% of patients with mild depression use 45% subjective experience of alienation; Assumption of the stereotype 25%; Social isolation 10%. And, the 20% that present moderate depression use the subjective experience of alienation 10% and Asunción of the stereotype 10%.

Key words: Self-esteem, Depression, subjective experiences of self-esteem

  
Reviewed by: ~~Chavez, Maritza~~  
Language Center Teacher



## INTRODUCCIÓN

La presente investigación parte de la teoría cognitiva representada por Aaron Beck y otros autores en el marco del paradigma social, partiendo del método cuantitativo a través de instrumentos psicométricos “Inventario de Depresión de Beck” y “Escala de Estigma Internalizado/ Autoestigma ISMI” en razón de las variables: Autoestigma y Depresión.

La investigación parte del interés en el Autoestigma y la Depresión por la importancia de estos dos fenómenos que experimentan las personas dependientes a sustancias psicoactivas como por ejemplo, la Universidad de Cuenca (2016) menciona que “la depresión en las etapas de un proceso de internamiento pos consumo de sustancias, está presente en un 22,5% de la población” y Abeldaño, Gallo, Burrone, y Fernández (2016) refieren que “ Los pacientes sometidos a tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas todos indican tener autoestigma”, visto como una respuesta negativa que afecta en gran medida a los pacientes en su proceso de rehabilitación, convirtiéndose en un problema de salud pública, de ahí la importancia del tema de investigación planteado.

En el contexto social, el Ministerio de Salud Pública e Instituciones privadas, contribuyen a la prevención, control y tratamiento del consumo de sustancias Psicoactivas al que están sometidos constantemente, no escapando por eso al estigma social al que se someten una vez que terminan su internamiento. Los objetivos buscan encontrar respuestas referentes al Autoestigma y la Depresión, en la población de estudio. Previamente, a través de charla interactiva se observó que un alto porcentaje de pacientes temen insertarse en el contexto social una vez que son dados de alta.

Respecto de los conceptos Autoestigma y estigma Internalizado tienen el mismo significado, planteados por diferentes autores: Corrigan y Rao. En el desarrollo del presente estudio se manejará el concepto Autoestigma.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Oficina contra la Droga y el Delito dependiente de la Organización de las Naciones Unidas (2016) en un Informe Mundial publicado señala que aproximadamente 250 millones de personas en el mundo, cifra equivalente a 1 por cada 20 adultos, con edades comprendidas entre 15 y 64 años, consumieron droga por lo menos una vez durante el año 2014. Además, añade que, más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, el impacto del consumo de drogas en lo que respecta a las consecuencias para la salud de la población sigue siendo de niveles elevados. La OMS (2014) Menciona que el tipo de alcohol que más se consume en America del Sur es la cerveza con un 53%; seguida de licores, tales como el vodka o el whisky, con un 32,6% y un 11,7% representado por el vino.

El Ecuador ocupa el noveno lugar en consumo de alcohol a nivel mundial con un consumo anual per cápita de 7,2 litros de alcohol (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014), teniendo la provincia de Pichincha en alcoholismo 11,9%; farmacodependencia 21,8% y tabaquismo 0,7%. (MSP, 2013)

La Organización Mundial de la Salud (2012) también señala que la depresión es el trastorno mental más frecuente y una de las causas primordiales de discapacidad en el mundo como: enfermedades físicas crónicas, afectando a 350 millones de personas de todas las edades, indicando que en Latinoamérica y el Caribe el 5% de la población adulta la padece. La

discapacidad es motivada a que condiciona a la persona enferma, repercutiendo en las áreas donde se desenvuelve (familiar, social, laboral). Además del estigma que impide que muchos busquen tratamiento que le permita vivir una vida productiva.

De acuerdo a cifras aportadas por la Organización Panamericana de la Salud (2009), la tasa de depresión en Ecuador es de 22,5% y en el caso de Quito esta patología afecta más a viudos, en unión libre, y en algunos casos, a casados y jóvenes. Asimismo, se presenta con mayor frecuencia en los adultos con edades comprendidas entre los 40 y 59 años

Según Seijas (2014) la depresión es un trastorno que se manifiesta como un problema significativamente más relevante en el hombre, porque tiende a surgir estereotipos por los firmes ideales masculinos, resistencia a buscar ayuda y medidas de automanejo riesgosas, como sustancias psicoactivas, lo que termina generando una patología adictiva y complicando el diagnóstico de depresión.

## **JUSTIFICACIÓN**

La presente problemática surge mediante la observación directa realizada en el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” mediante el proceso de prácticas pre-profesionales de la Carrera de Psicología Clínica. En las observaciones realizadas durante las primeras semanas de internamiento algunos pacientes presentaron síntomas como: apatía, nerviosismo, hipervigilancia, sentimientos de tristeza y culpa, irritabilidad, angustia, desesperación, retraimiento, hipersensibilidad, alejamiento del hogar, familia y trabajo, que pueden surgir como consecuencia de un cambio de vida significativo; en muchos casos durante este primer

período los pacientes desertan pidiendo el alta o inclusive se fugan aun sabiendo que no es obligatorio permanecer internados.

Es por esto que los problemas emocionales, de conducta y alta prevalencia en las recaídas observadas en estos pacientes, sumado a la escasez de trabajos que estudien en el país, la relación que existe entre el Autoestigma y la depresión, conducen a realizar esta investigación, en la que se utilizará la capacidad investigativa y un grupo de materiales, reactivos psicológicos y artículos científicos, que faciliten el desarrollo de la misma, como expone Landeen (2007) donde hace hincapié en que la percepción de estigma se identifica con tendencias al aislamiento social lo que obstaculiza la recuperación.

Este trabajo de investigación contribuirá al Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Quito y a la UNACH, que contarán con datos estadísticos, que faciliten referencias para desarrollar estudios a futuro. Los beneficiarios directos de la presenta investigación se encuentran representados por los pacientes, familiares y consecuentemente contribuir a la sociedad con propuestas psico-educativas orientadas a la salud mental.

# **OBJETIVOS**

## **Objetivo General**

Determinar la presencia del Autoestigma y la Depresión de los pacientes dependientes a sustancias psicoactivas del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Quito.

## **Objetivos Específicos**

- a) Identificar las experiencias subjetivas del Autoestigma en los pacientes dependientes a sustancias psicoactivas.
- b) Establecer los niveles de depresión de los pacientes dependientes de sustancias psicoactivas.
- c) Relacionar las experiencias subjetivas del Autoestigma con los niveles de Depresión de los pacientes dependientes de sustancias psicoactivas.

## ESTADO DEL ARTE

### **Antecedentes de la investigación:**

A través de la revisión bibliográfica se han encontrado estudios relativos a las variables Autoestigma y Depresión, que se describen a continuación:

Abeldaño, Gallo, Burrone, y Fernández (2016) realizaron una investigación sobre **“El estigma internalizado en personas que consumen sustancias psicoactivas en la ciudad de Córdoba, Argentina”** de cuyo estudio expone:

(...) Empleando la metodología descriptiva sobre 87 pacientes mayores de 18 años que estaban sometidos a tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas. Obteniendo como resultados puntuaciones que indican un estigma internalizado moderado a severo en 17 de los 29 ítems de la escala. Además, se observaron mayores indicadores de estigma en pacientes que declararon consumir solo alcohol, con respecto a los pacientes que declararon poli consumo y la sub escala “alineación” es una de las dimensiones más presentes en los pacientes en el proceso de “Autoestigma” percibido con un resultado de 65%. (p. 2404)

Araujo y Clavijo (2016) realizaron una investigación sobre **“los niveles de ansiedad y depresión en las etapas de un proceso de internamiento”** de cuyo estudio expone:

(...) Desarrollada por medio de un enfoque cuantitativo a nivel exploratorio-descriptivo. La recolección de datos e información se realizó a través de tres instrumentos: El Cuestionario de Ansiedad de Hamilton, la Escala de Depresión de Hamilton y la de Neuropsi. Obteniendo

como resultados que del 100% de la población (51 personas) 22,5 % que están en la fase de ingreso presentan depresión ligera, 20,0% en la fase de progreso también presenta depresión ligera, demostrando que donde más se presentan índices de depresión es en el primer periodo del internamiento. (p. 19)

## **FUNDAMENTACION TEORICA**

### **LA ESTIGMATIZACIÓN**

#### **Definición**

Según Schwarzenegger, Belshé, Mayberg (2009) define el estigma como: “las actitudes y creencias que llevan a las personas a rechazar, evitar o temer a quienes perciben como diferentes” (p. 12).

Goffman (1963) citado por Calero y Matute (2012) hace referencia que el término estigma desde su origen en la antigua Grecia, implicaba la marca de identificación que se realizaba en la piel de los criminales, esclavos o traidores para ser evitados por los demás.

En el área de la salud, el estigma se manifiesta como un prejuicio social infligido hacia la persona del cual se sabe o se sospecha que es portador de enfermedades como el cáncer, VIH y trastornos mentales como en personas dependientes a sustancias psicoactivas en recuperación. (Calero y Matute, 2012)

El estigma es un fenómeno por el cual un individuo que posee un atributo característicamente desacreditado por su contexto bío-socio-cultural es rechazado. Por lo tanto, el estigma es un proceso mediante el cual las actitudes de rechazo de las personas afectan la identidad normal y/o sana del individuo.

### **Clasificación del Estigma**

Schwarzenegger, Belshé, Mayberg (2009) mencionan que existen tres categorías principales de estigmas relacionados con la salud mental:

- El **“estigma público”** abarca las actitudes y los sentimientos que muchas personas del público en general expresan hacia los individuos que viven con trastornos de salud mental o hacia los familiares de éstos.
  
- El **“estigma institucional”** ocurre cuando actitudes y comportamientos negativos sobre las enfermedades mentales, incluyendo problemas sociales, emocionales y de conducta, se incorporan a las políticas, prácticas y culturas de organizaciones y sistemas sociales, como la educación, la atención de la salud y el empleo.
  
- El **“Autoestigma”** ocurre cuando las personas hacen suyas las imágenes irrespetuosas que transmite continuamente la sociedad, una comunidad o un grupo de iguales, y que pueden llevar a muchas personas a no buscar tratamiento para sus enfermedades mentales. (Schwarzenegger et al., p. 12)

## **AUTOESTIGMA**

Livingston y Boyd (2010) definen el Autoestigma como un proceso subjetivo que cada persona hace sobre sí misma, originado dentro de un contexto socio-cultural, generando sentimientos negativos, conductas inadecuadas, afectaciones de la identidad y la autoestima, una percepción anticipatoria de reacciones sociales que afecta la calidad de vida.

Link, (1997) citado por Márquez, Jiménez y Vásquez (2012) ha distinguido entre el estigma público y el Autoestigma, la sociedad predispone ideas estigmatizadoras de rechazo sobre las personas que padecen cualquier tipo de enfermedad mental, lo que puede generar que las personas estigmatizada internalicen esas ideas y se las apropien llegando a creer que son un eslabón débil, sintiéndose menos importantes. (Márquez et al., 2012)

Un aspecto importante del Autoestigma es que la persona anticipa el rechazo, convirtiéndose en percibido, que se refuerza con lo que experimenta. Refiere que es el impacto psicológico y social que la sociedad genera en las personas sobre todo si los estigmatizadores son muy cercanos a su estilo de vida (familia, pareja, hijos, trabajo).

Ritsher, Otilingam y Grajales (2003) citado por Mota, Gontijo, Creton, Santos (2017) evaluaron la escala del Autoestigma de la enfermedad mental (ISMI), mencionan la existencia de cinco subescalas o experiencias subjetivas de estigma que tienen correlaciones negativas con medidas de autoestima, empoderamiento y orientación a la recuperación de una enfermedad mental:

- 1) **Alienación:** Es una experiencia subjetiva de ser etiquetado distinto e inferior a los demás individuos.  
  
Generando una identidad con deterioro, baja autoestima, alteraciones en las percepciones cognitivas, quedándose en un círculo vicioso de distorsiones cognitivas.
- 2) **Asunción del estereotipo:** Grado de concordancia con los estereotipos, justificación de la conducta en base al estigma, con pérdida del control sobre sí mismos.
- 3) **Discriminación percibida:** La percepción de rechazo y su respuesta para, con los demás el cual involucran sentimientos y conductas inadecuadas.
- 4) **Aislamiento social:** Se evitan las relaciones sociales hasta el punto de alejarse de todos sus factores protectores.
- 5) **Resistencia al estigma:** La experiencia de luchar o negar el estigma social, viéndose desde un punto individual según sea el caso. (Mota et al., 2017)

Ottati Bodenhausen y Newman (2005) citado por Pérez (2016) refieren que el autoestigma se manifiesta en tres aspectos del comportamiento social en donde se identifican cada uno de ellos, usándose como una medida de resultado (reducción del estigma) de las intervenciones junto a las medidas de reducción de síntomas:

- a) **Estereotipos:** se definen como el conocimiento de las afirmaciones negativas y erradas, sobre individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado extendidas entre la población en general.

- b) **Prejuicios:** el acuerdo con los estereotipos y la aplicación de los mismos que el individuo realiza sobre sí, con los sentimientos negativos que se generan.
  
- c) **Discriminación:** como respuesta a los prejuicios se producen comportamientos donde el individuo se discrimina a sí mismo. (Pérez, 2016)

## **PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL ESTIGMA EN EL DROGODEPENDIENTE**

### **Tipología y formas de estereotipos: Aplicaciones concretas en drogodependencia.**

Goffman (1989) citado por Llinares y Botonat (2010) distingue tres tipologías de estereotipos:

- a) Abominaciones del cuerpo, conformadas por las diferentes imperfecciones existentes en el cuerpo como alteraciones congénitas, síndrome de Down, parálisis cerebral, trastornos neurológicos, entre otros.
  
- b) Defectos del carácter del individuo, percibidos como ausencia de voluntad, manipuladores, creencias rígidas y falsas. Estas conductas son atribuidas a perturbaciones mentales, repulsiones, adicciones a drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas.
  
- c) Los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, idóneo de ser traído por herencia y como consecuencia afectan por igual a todos los miembros de la familia. (Llinares y Botonat, 2010).

El ámbito de las drogas socialmente está sujeto a estigmas y prejuicios, Romaní, (1999) citado por Llinares y Botonat (2010) que cuando se identifica un tipo de actividad como denigrante, se controla mejor a los individuos que la practican, y se aíslan de los demás, para que no los afecten o contaminen.

Este proceso de estigmatización transforma al drogodependiente en un ser distinto de los no consumidores, viéndose como inferior. El consumidor activo termina siendo un objeto con imposibilidad para identificarse socialmente y accionar; siendo otros quienes desde posiciones superiores opinan por ellos, por ser considerados peligrosos.

## **DEPRESIÓN**

### **Definición**

Según el Manual CIE-10 (1998) citado por Avilés y Padilla (2013) la depresión es “el trastorno de estado de ánimo que se manifiesta por abatimiento, retardo psicomotor, insomnio y pérdida de peso; a veces se asocia con sentimiento de culpa y preocupaciones somáticas, a menudo de proporciones desilusionantes” (p. 8).

Desde la perspectiva cognitiva, Beck (1967) citado por Korman y Sarudiansky (2011), la depresión incorpora un esquema que involucra una perspectiva negativa de sí mismo (viéndose como incapaz, inútil, minusvalía); del entorno (interpreta en términos de averías y pérdidas) y del futuro (acompañado de decepciones y fracasos) llamándose “la triada cognitiva”.

(Rojas, 2006) “Conjunto de enfermedades psíquicas heredadas o adquiridas, con una sintomatología determinada, a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual y cognitivo” (p. 9).

Puesto que la persona que tiene depresión se siente desalentada, cree que las situaciones futuras serán incontrolables y catastróficas llegando al punto máximo de desesperación y como tal responde entonces con pasividad o impulsividad, rendida a no poder hacer nada al respecto.

## **Etiología**

Para Halguin y Krauss (2005) citado por Pozo y Vallejo (2017) Las causas de la depresión son muy variadas no hay un factor primordial al que se le pueda culpar para que una persona sufra de este trastorno. Dentro de las diferentes causas tenemos:

- **Herencia:** Existe un mayor riesgo de padecer de depresión cuando hay una historia familiar de la enfermedad, sin embargo, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad, lo cual indica que hay factores extras que pueden causar la depresión.
- **Factores Bioquímicos:** Asociado a la bioquímica del cerebro, se ha encontrado que las neuronas se comunican a través de unas moléculas denominadas neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, en las personas con depresión grave, la conexión neuronal mediante neurotransmisores no funciona bien. Los antidepresivos ayudan a normalizar este problema.

- **Factores psicosociales de riesgo:** Eventos que exceden los recursos personales de afrontamiento como puede ser la muerte de una persona significativa, una enfermedad crónica, problemas interpersonales severos, estrés, dificultades económicas, mal proceso de divorcio, poca cohesión familiar, ausencia de espiritualidad, pobre círculo social, baja autoestima, dificultades académicas, y ansiedad.
- **Rasgos de personalidad:** Las personas con estilos explicativos pesimistas, pobre concepto de sí mismos, autoeficacia baja y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión (pp. 13-14).

## **Clasificación**

### **Episodios depresivos.**

Organización mundial de la salud, CIE-10 (2002) citado por Peña (2017) describe a la depresión como:

En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve (F32.0), moderado (F32.1), o grave (F32.2 y F32.3), por lo general el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.

- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de por lo menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas excepcionalmente graves o de comienzo brusco (pp. 12-13).

Según la clasificación CIE-10 (1998) citado por Avilés y Padilla (2013) los episodios depresivos se clasifican en:

1. **Episodio depresivo leve.** Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo. El episodio Depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

2. **Episodio Depresivo Moderado.** También conocido como distimia, dura dos años o más, no incapacitan a la persona, pero pueden no permitirle desenvolverse en su rutina normal o sentirse bien. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.
  
3. **Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.** Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.
  
4. **Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.** Están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (pp. 11-12).

# **METODOLOGÍA**

## **Diseño**

El presente es un estudio con un enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo y de cohorte transversal.

Cuantitativo porque tanto los niveles de depresión y las experiencias subjetivas del Autoestigma se pueden asociar de una manera contable al asignar valores numéricos a las 2 variables y de esta manera medirlas para encontrar el grado de correlación y establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

Descriptiva ya que describe el estado actual del caso, interpretando en forma real lo que se investiga para comparar o constatar la veracidad de los hechos en base a una representación clara de la información recogida.

Estudio de cohorte transversal debido a que mide la prevalencia de la exposición y del efecto de la muestra poblacional de un solo momento temporal es decir, facilitara determinar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

## **Investigación de Campo.**

Se realizará en el lugar de los acontecimientos, es decir en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quito

## **Investigación Documental – Bibliográfica.**

Se aplicará esta modalidad para obtener referencias bibliográficas de autores en torno a la problemática a investigar en este proyecto. Los cuales han sido extraídos de medios bibliográficos como libros, publicaciones, artículos científicos.

## **POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **Población**

La población de estudio está constituida por 40 pacientes internados en diferentes áreas del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudad de Quito.

### **Muestra**

La muestra es no probabilística, ya que no se escoge una muestra estadística, esta es seleccionada por criterios de la investigadora, por tanto se trabaja con criterios de inclusión y exclusión, de los cuales se seleccionaron 20 participantes que integran la investigación.

### **Criterios de Inclusión**

- Ser mayor de edad
- Ser interno en proceso de rehabilitación en consumo de sustancias
- Estar en el proceso del primer mes de ingreso al Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón

## **Criterios de Exclusión**

- Ser menor de edad
- Internos en proceso de salida de rehabilitación
- Pacientes ambulatorios

## **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **Reactivos psicológicos.**

*“Una batería psicológica constituye esencialmente una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta. Podemos afirmar entonces que proporciona una medida objetiva, de lo que se intenta medir”. (Anastasi, 1970)*

### **Instrumentos psicológicos.**

#### **Inventario de Depresión de Beck.**

Esta escala fue creada por Beck Aaron en 1978 y publicada en 1979, tiene como objetivo principal determinar el grado de depresión, comprende 21 categorías de síntomas, los síntomas que se enuncian son: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, autodesagrado, autoacusaciones, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, separación social, indecisión, cambios en la imagen corporal, retardo laboral, insomnio, fatiga, anorexia, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido; cada reactivo tiene opciones de respuesta de 0 a 3 (donde el 0 refleja la ausencia de las manifestaciones mencionadas y el 3 representa la prevalencia en un nivel muy alto de éstas).

Gonzales (2007) citado por Pozo, Vallejo (2017) menciona que:

Esta escala es posiblemente el instrumento más popular para el estudio del afrontamiento, pues ha sido desarrollada por los autores "clásicos" del tema: R. S. Lazarus y S. Folkman. El instrumento consta de 67 ítems; cada uno de los cuales se responde de acuerdo con los criterios siguientes; en función de la medida en que el sujeto respondió o actuó como describe cada uno de ellos. El tiempo de la realización de la prueba es de 15 a 20 minutos aproximadamente, dentro de su fiabilidad tenemos una consistencia interna de 0.61-0,79 y una validez que indica que el análisis factorial distingue entre factores dirigidos a la resolución de problemas.

En lo que corresponde a su corrección e interpretación: Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63 y que cuantifica la presencia y gravedad de sintomatología depresiva. A veces se da la circunstancia de que la persona evaluada elige más de una alternativa en un ítem dado. En este caso se elige la puntuación de mayor gravedad. Se han propuesto diversas puntuaciones para delimitar distintos niveles de gravedad de la sintomatología depresiva, se popularizó la utilización 21 de unos puntos de corte ligeramente diferentes que elevaban las puntuaciones para los niveles moderado y grave de sintomatología depresiva: 0-9 = "normal"; 10-18 = "depresión leve"; 19-29 = "depresión moderada", y 30-63 = "depresión grave". (pp. 19-20).

### **Escala ISMI (Internalized stigma in drug).**

Desarrollada por Ritsher, Otilingam y Grajales (2003) y usada en Córdoba, Argentina por Abeldaño, R., Gallo, V., Burrone, M., & Fernández, (2016). Estigma internalizado/Autoestigma.

Es una escala autoadministrada por lo que dicho objeto es evaluar las experiencias subjetiva de estigma y tiene correlaciones negativas con medidas de autoestima, empoderamiento y orientación a la recuperación. Se puede usar como una medida de resultado (reducción del estigma) de las intervenciones junto a las medidas de reducción de síntomas.

Incluye varias subescalas que miden: Alienación (ítems del 1 al 6), Asunción del estereotipo o autoestigma (ítems del 7 al 13), Discriminación percibida o experiencia de discriminación (ítems del 14 al 18), Aislamiento social (ítems del 19 al 24) y Resistencia al estigma (ítems del 25 a 29). Todas las escalas se puntúan en una escala Likert que va de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). Las cuatro primeras escalas indican mayor estigma percibido cuanto mayor es la puntuación. La escala de resistencia al estigma ha de ser puntuada de forma inversa, para el cálculo de la puntuación de esta escala debe restar a 5 la puntuación de cada ítem. El instrumento está validado en Estados Unidos para la puntuación global y fue validado en el contexto de “consumo de sustancias” por Roberto Ariel Abeldano, Verónica Gallo, María Soledad Burrone y Alicia Ruth Fernández de 2016 en Argentina, donde la escala utilizada para captar el Autoestigma en los pacientes tuvo un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach global de 0.94 de 1, siendo así una escala validada para aplicarse en esta población, Esta puntuación suma de todas las subescalas y va desde 29 a 116. (Abeldaño et al., 2016).

## PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS

La información obtenida a través de la aplicación de la Escala de Autoestigma/Estigma Internalizado (ISMI) que se utilizó para establecer las experiencias subjetivas en el Autoestigma, el Inventario de Depresión de Beck para identificar los niveles de depresión, en los pacientes dependientes a sustancias psicoactivas del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito, se realizó por medio de la estadística básica mediante el empleo del programa Microsoft Excel. Los resultados obtenidos se representaron mediante tablas estadísticas para posteriormente emitir las respectivas conclusiones y recomendaciones del proyecto de investigación.

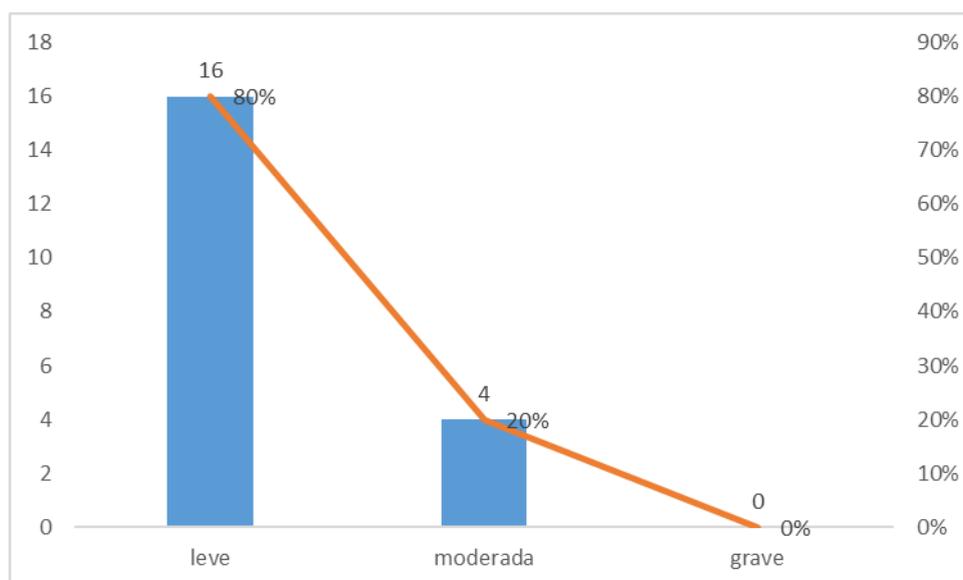
## RESULTADOS

Análisis e interpretación de resultados del cuestionario de depresión de Beck aplicado a los pacientes dependientes a sustancias psicoactivas del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito.

**Tabla 1.** Niveles de depresión en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas

<b>niveles de depresión</b>	<b>leve</b>	<b>moderada</b>	<b>grave</b>	<b>total</b>
<b>número de pacientes</b>	16	4	0	20
<b>equivalente porcentual</b>	80%	20%	0%	100%

**Gráfico 1.** Niveles de depresión en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas



**Fuente:** “Cuestionario de depresión de Beck” aplicado a los pacientes dependientes a sustancias psicoactivas del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito

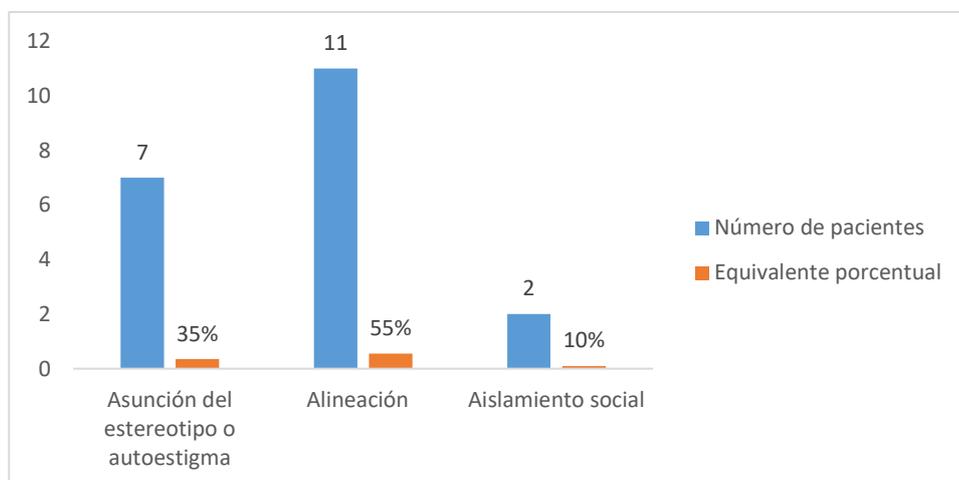
### Interpretación

Tras la aplicación del “Cuestionario de Depresión de Beck” a los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, siendo evaluados la primera semana y máximo el primer mes de internamiento al Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”, los resultados obtenidos fueron los siguientes: El 80% de los pacientes presentan una depresión leve y el 20% depresión moderada.

**Tabla 2.** Experiencias subjetivas del Autoestigma en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas.

Experiencias subjetivas	Número de pacientes	Equivalente porcentual
Asunción del estereotipo o autoestigma	7	35%
Alienación	11	55%
Discriminación percibida o experiencia de discriminación	0	0%
Aislamiento social	2	10%
Resistencia al estigma	0	0%
total	20	100%

**Gráfico 2.** Experiencias subjetivas en el autoestigma de la escala ISMI en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas.



**Fuente:** Escala de Autoestigma/Estigma Internalizado (ISMI) aplicado a los pacientes dependientes a sustancias psicoactivas del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito

## Interpretación

Después de haber sido evaluados, con la escala (ISMI) para conocer cuáles son las experiencias subjetivas del Autoestigma más sobresalientes en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, de las cuales: la discriminación percibida no se manifestó en ninguno de los evaluados demostrando que pese a que no perciben actitudes discriminatorias, ellos sí se autoestimatizan y experiencia subjetiva “la resistencia al estigma” no aparece en ninguno de los pacientes, demostrando que todos tienen autoestigma.

La experiencia subjetiva **aislamiento social** presenta un 10% de la población.

La experiencia subjetiva **Asunción del estereotipo o autoestigma** se manifiesta en un 35% de los pacientes, visto de manifiesto como una pérdida del control de sí mismos, siendo este un factor de riesgo para su recuperación y prevención de recaídas.

La experiencia subjetiva **alienación** se presenta en un 55% de los pacientes, manifestándose una aceptación y asimilación de las diferentes conductas discriminatorias, viéndose alterada sus percepciones cognitivas.

**Tabla 3.** Tabla relacional entre las experiencias subjetivas del autoestigma y los niveles de depresión

	Niveles de depresión						PORCENTAJE
	Leve	%	Moderada	%	Grave	%	
<b>Experiencias subjetivas del Autoestigma</b>							
Asunción del Estereotipo o Autoestigma	5	25%	2	10%	0	0%	35%
Alienación	9	45%	2	10%	0	0%	55%
Aislamiento Social	2	10%	0	0	0	0%	10%
Discriminación percibida o experiencia de discriminación	0	0%	0	0	0	0%	0%
Resistencia al estigma	0	0	0	0%	0	0%	0%
Total	16	80%	4	20%	0	0%	100%

## Interpretación

Tras la evaluación aplicada a los pacientes dependientes a sustancias psicoactivas del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito, donde se usó los siguientes reactivos psicológicos: Escala de Autoestigma/Estigma Internalizado (ISMI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) de los cuales se logra obtener los siguientes resultados:

Se evidencian que la experiencia subjetiva **alineación** es la más relevante en los pacientes ya que 11 la manifiestan de los cuales 9 presentan depresión leve y 2 depresión moderada esto

representa el 55 % de la población, mientras que la experiencia subjetiva **asunción del estereotipo o autoestigma** es se encuentran 7 pacientes de los cuales 5 tienen depresión leve y 2 depresión moderada representando al 35% y la experiencia subjetiva menos utilizada es **aislamiento social** ya que se evidencia que solo 2 pacientes la ponen de manifiesto, el cual presenta un nivel de depresión leve convirtiéndose en el 10% de la población evaluada.

## DISCUSIÓN

En la investigación “Ansiedad y depresión, en adultos varones, drogodependientes en proceso de internamiento” realizada por Araujo y Clavijo (2016), orientada a identificar los niveles de ansiedad y depresión en las etapas de un proceso de internamiento, observándose en el área de la depresión los siguientes resultados: Del 100% de la población (51 personas); 22,5 % que están en la fase de ingreso presentan depresión ligera, 20,0% en la fase de progreso también presenta depresión ligera, demostrando que en el primer periodo del internamiento, se presenta el mayor índice de depresión.

Estos resultados muestran una estrecha relación con los resultados del presente proyecto de investigación, debido a que la depresión está presente en un porcentaje del 100%, en el inicio de internamiento (como lo demuestra los datos obtenidos en la Tabla N1), siendo el 80% leve, pero de crucial importancia para reconocer la realidad con la que viene un paciente al momento de tomar un tratamiento terapéutico.

En otro estudio “Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción” realizado por Urdapilleta, Sansores, Ramírez, Méndez, Lara, Guzmán, Ayala, Haro, Cansino y Moreno (2010) relativo a la depresión, en el que los pacientes fueron

evaluados con la escala de depresión de Beck, obteniendo como resultados que, los pacientes fumadores presentan un 63% de síntomas depresivos leves. Relacionándolo con el presente estudio y utilizando la misma escala psicométrica, se obtuvo que el 80% de pacientes consumidores de sustancias psicoactivas también tienen depresión leve. Cabe mencionar que nuestro estudio no plantea un tipo de sustancia específica, sino más bien lo generaliza como sustancias psicoactivas. (Tal como lo muestra la Tabla 1).

Este estudio representa un primer acercamiento a la evaluación de las experiencias subjetivas del autoestigma que perciben las personas dependientes a sustancias psicoactivas, mientras se encuentran en el primer periodo de proceso de internamiento para rehabilitación por el consumo, existe escasa referencia bibliográfica.

En los resultados obtenidos en la investigación “Estigma internalizado en consumidores de drogas en Córdoba, Argentina” realizada por Abeldano, Gallo, Burrone y Fernández (2016), utilizando la escala para conocer el estigma internalizado (Autoestigma) en 87 pacientes, obtuvieron los siguientes resultados: Todos presentan autoestigma y en la experiencia subjetiva “alienación” un 65% la padece, poniendo énfasis únicamente a esta dimensión. Cabe recalcar que esta sub escala al ser una de las dimensiones más presentes en los pacientes afecta directamente la autoestima y aumenta la prevalencia de los síntomas depresivos, formando un círculo vicioso en el proceso de autoestigma percibido.

Es por esto que estos resultados pueden relacionarse con nuestra investigación donde de igual manera la experiencia subjetiva que más sobresale en los pacientes es la “alineación”, arrojando resultados percentiles del 55% (tal como lo indica la Tabla 2).

El resultado obtenido en este estudio nos sirve como una premisa para orientarnos de forma más específica en el desarrollo de intervenciones individuales. Conocer la naturaleza del autoestigma en la psique humana, nos orienta en las intervenciones psicoterapéuticas en función del individuo, conocer cuáles son las estrategias que trabajan con el afrontamiento de las creencias irracionales y supuestos de los pacientes alrededor del rechazo social. (Abeldaño, Gallo, Burrone, & Fernández, 2016).

## CONCLUSIONES

- Del estudio realizado se puede concluir que; todos los pacientes tienen autoestigma y las experiencias subjetivas más utilizadas en la población estudiada son: alienación con 55%, siendo esta quien afecta la autoestima y aumenta la prevalencia de los síntomas depresivos, seguida por la Asunción del estereotipo con un 35%, determinando a que el paciente se victimice, y aislamiento social con 10% siendo la que desencadena conductas evitativas.
- En cuanto a los niveles de depresión; se ha obtenido los siguientes resultados: el 80% de los pacientes presentan una depresión leve y el 20% depresión moderada.
- Relacionando las experiencias subjetivas del autoestigma y el nivel de depresión se concluye que: el 80% de pacientes que presenta depresión leve utilizan la experiencia subjetiva alienación en un 45%; Asunción del estereotipo 25%; Aislamiento social 10%. Y, el 20% que presenta depresión moderada utilizan la experiencia subjetiva alienación un 10% y Asunción del estereotipo 10%.

## RECOMENDACIONES

- Implementar en el Instituto una evaluación de las experiencias subjetivas del autoestigma en los pacientes al momento del ingreso al igual que en el transcurso y final del proceso terapéutico, brindando un servicio especializado para comprender y explorar sus necesidades específicas.
- Los pacientes que presenten depresión deberán recibir tratamiento psicoterapéutico multidisciplinario con la finalidad de brindar un tratamiento óptimo e integral. Y en futuras investigaciones indagar si la depresión se presenta únicamente al momento del internamiento, cambian los niveles de depresión o simplemente desaparecen.
- Implementar en los talleres de Psicoeducación capacitaciones periódicas a quienes conforman el equipo terapéutico, con el objetivo de fomentar una óptima salud mental en los pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abeldaño, R., Gallo, V., Burrone, M., & Fernández, A. (2016). Estigma internalizado en consumidores de drogas en Córdoba, Argentina. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(1), 2404-2411. Recuperado el 11 de Julio de 2017, de [https://ac.els-cdn.com/S2007471916300151/1-s2.0-S2007471916300151-main.pdf?\\_tid=2e2b6720-c48f-11e7-bf7d-00000aacb360&acdnat=1510150669\\_24964fae58f538390be7e4f74ac2fc65](https://ac.els-cdn.com/S2007471916300151/1-s2.0-S2007471916300151-main.pdf?_tid=2e2b6720-c48f-11e7-bf7d-00000aacb360&acdnat=1510150669_24964fae58f538390be7e4f74ac2fc65)
- Araujo, G., & Clavijo, F. (2016). *Ansiedad y depresión, en adultos varones drogodependientes, en proceso de internamiento*. Universidad de Cuenca, Facultad de Psicología. Cuenca: Universidad de Cuenca. Recuperado el 12 de Julio de 2017, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25704/1/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.pdf>
- Aviles, G., Padilla, A. (2019) *La depresión y sus síntomas claves propuesta para informar a la ciudadanía sobre qué es la depresión y sus cinco síntomas claves*. Quito-Ecuador: Universidad San Francisco de Quito. Recuperado 12 de octubre del 2017, tomado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/2745>
- Calero, L., & Matute, L. (2012). *Efectos de la estigmatización al sujeto detrás del acto suicida en pacientes del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, período 2011-2012*. Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo. Recuperado el 10 de Julio de 2017, de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1248/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2012-0018.pdf>
- California Department of Health Care Services. (2009). *Plan Estratégico de California para reducir el estigma y la discriminación asociados con la salud mental*. Recuperado el 11

- de Julio de 2017, de [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov):  
[http://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Documents/LowResCDMH\\_MH\\_Stigma\\_Plan\\_09\\_V5\\_RW.pdf](http://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Documents/LowResCDMH_MH_Stigma_Plan_09_V5_RW.pdf)
- Cobo, M. (2015). *Drogodependencia y depresión en los adolescentes de la Fundación Jesús Divino Preso*. Trabajo de Titulación, Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades, Quito. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4119/1/114288.pdf>
- CONSEP. (2008). *Tercera Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en estudiantes de Enseñanza Media*. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de [www.prevenciondrogas.gob.ec](http://www.prevenciondrogas.gob.ec): <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2017/06/Tercera-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-estudiantes-de-ense%C3%B1anza-media.pdf>
- Corrigan, P., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for change. *Can J Psychiatry*, 57(8), 464-469. Recuperado el 15 de Julio de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610943/pdf/nihms363969.pdf>
- González, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Korman, G., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145. Recuperado el 22 de Julio de 2017, de <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v15n1/v15n1a05.pdf>
- Landeen, J., Seeman, M., Goering, P., & Streiner, D. (2007). Dimensions of Recovery. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 1(1), 64-68. Recuperado el 11 de Agosto de 2017, de <http://clinicalschizophrenia.org/doi/abs/10.3371/CSRP.1.1.5?code=wamm-site>

- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161. Recuperado el 31 de Julio de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21051128>
- Llinares, M., & Botonat, M. (2010). ¿Existe el estigma en los drogodependientes? *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, XXVIII(62), 115-133. Recuperado el 18 de Julio de 2017, de [http://com.aespat.es/Revista/Revista\\_ATyPH\\_62.pdf](http://com.aespat.es/Revista/Revista_ATyPH_62.pdf)
- Muñoz, M., Sanz, M., & Pérez-Santos, E. (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el moodlo socio-cognitivo-comportamental. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 7(1), 41-50. Recuperado el 10 de Agosto de 2017, de [http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS\\_7\\_esp\\_41-50.pdf](http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_7_esp_41-50.pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2016). *Informe Mundial sobre las drogas*. Informe , Naciones Unidas , Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, New York. Recuperado el 14 de Septiembre de 2017, de [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Quito: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 10 de Septiembre de 2017
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Luxembourg: World Health Organization. Recuperado el 10 de Agosto de 2017, de [apps.who.int:  
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1&ua=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*. Recuperado el 11 de Septiembre de 2017, de

www.paho.org:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es)

Paredes, H., Jiménez, G., & Vásquez, M. (2012). Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 15(2), 88-92. Recuperado el 16 de Julio de 2017, de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/38901>

Peña (2017) *Depresión en la familia de los adolescentes consumidores de sustancias del programa ambulatorio intensivo del centro de salud urbano*. Puyo-Ecuador: UNACH. recuperado 15 de Octubre del 2017, Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/3997>

Pérez, D. (2016). *Perceived discrimination, internalized stigma and well-being in people with mental illness*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Programa de Doctorado. Madrid: UNED. Recuperado el 13 de Julio de 2017, de [http://espacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Daperez/PEREZ\\_GARIN\\_DanielArsenio\\_Tesis.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Daperez/PEREZ_GARIN_DanielArsenio_Tesis.pdf)

Pryor, J., & Reeder, G. (2011). HIV-related stigma. En J. Hall, B. Hall, & C. Cockerell, *HIV/AIDS in the Post-HAART Era: manifestations, treatment, and epidemiology* (págs. 790-806). Shelton, Connecticut: People's Medical Publishing House-USA. Recuperado el 10 de Julio de 2017

Pozo, J., & Vallejo, J. (2017) *Afrontamiento al estrés y depresión en aspirantes a policía a la Escuela de Formación de policías de línea GOE-Guano*. Riobamba: UNACH. Recuperado 22 de septiembre del 2017, obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/3921>

Ruiz, M., Borboa, M., & Rodríguez, J. (2013). El enfoque mixto de investigación en los estudios fiscales. *Revista Académica de Investigación*(13), 1-25. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/13/estudios-fiscales.pdf>

Seijas, D. (2014). Adicciones y depresión en la salud del hombre. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(1), 79-98. Recuperado el 12 de Agosto de 2017, de <http://www.elsevier.es/pt-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-adicciones-depresion-salud-del-hombre-S0716864014700148>

# **ANEXOS**

# **Anexo 1.**

## **Baterías Psicológicas**

# Cuestionario de depresión de Beck

## CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre..... Fecha.....

*Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.*

1.
  - a. No me siento triste.
  - b. Me siento triste.
  - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
  - d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.
2.
  - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
  - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
  - c. Siento que no tengo nada que esperar.
  - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
  - a. No creo que sea un fracaso.
  - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
  - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
  - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
  - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
  - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
  - c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.
  - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
  - a. No me siento especialmente culpable.
  - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
  - c. Me siento culpable casi siempre.
  - d. Me siento culpable siempre.
8.
  - a. No creo ser peor que los demás.
  - b. Me critico por mis debilidades o errores.
  - c. Me culpo siempre por mis errores.
  - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
7.
  - a. No me siento decepcionado de mi mismo.
  - b. Me he decepcionado a mi mismo.
  - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
  - d. Me odio.
8.
  - a. No creo ser peor que los demás.
  - b. Me critico por mis debilidades o errores.
  - c. Me culpo siempre por mis errores.
  - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9.
  - a. No pienso en matarme.
  - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
  - c. Me gustaría matarme.
  - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.
  - a. No lloro más de lo de costumbre.
  - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
  - c. Ahora lloro todo el tiempo.
  - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11.
  - a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
  - b. Las cosas me irritan más que de costumbre.
  - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
  - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12.
  - a. No he perdido el interés por otras cosas.
  - b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
  - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
  - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13.
  - a. Tomo decisiones casi siempre.
  - b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
  - c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
  - d. Ya no puedo tomar decisiones.
14.
  - a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
  - b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
  - c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
  - d. Creo que me veo feo.
15.
  - a. Puedo trabajar tan bien como antes.
  - b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
  - c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
  - d. No puedo trabajar en absoluto.
16.
  - a. Puedo dormir tan bien como antes.
  - b. No puedo dormir tan bien como solía.
  - c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
  - d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17.
  - a. No me canso más que de costumbre.
  - b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
  - c. Me canso sin hacer nada.
  - d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

**Internalized stigma of mental illness scale (ISMI) - Internalized stigma in drug users  
in Cordova, Argentina (2016). Autoestigma.**

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar porque consumo drogas/alcohol				
2. El consumo de drogas/alcohol ha arruinado mi vida				
3. La gente que no consume drogas/alcohol simplemente no me entiende				
4. Me apena o me avergüenza consumir drogas/alcohol				
5. Me siento menos que la gente que no consume droga/alcohol				
6. Me siento decepcionado conmigo mismo por consumir drogas/alcohol				
7. Los estereotipos negativos acerca de los consumidores de drogas/alcohol se pueden aplicar a mi				
8. Por mi aspecto la gente puede darse cuenta de que consumo drogas/alcohol				
9. La gente que consume drogas/alcohol tiende a ser violenta				
10. Por mi consumo de drogas/alcohol, la mayoría de las veces necesito que los demás decidan por mi				
11. La gente que consume drogas/alcohol no puede vivir una vida gratificante y plena				
12. La gente que consume drogas/alcohol no debería casarse				
13. No puedo aportarle nada a la sociedad por consumir drogas/alcohol				
14. La gente me discrimina por consumo de drogas/alcohol				
15. Los demás piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque consumo drogas/alcohol				
16. La gente me ignora o me toma con menos seriedad solo porque consumo drogas/alcohol				
17. Con frecuencia la gente me sobreprotege o me trata como un(a) niño(a), solo por el hecho de consumir drogas/alcohol				

18. Nadie se interesaría en convivir conmigo por consumir drogas/alcohol				
19. No hablo mucho acerca de mi porque no quiero molestar a otros con mi consumo de drogas/alcohol				
20. No tengo tanta vida social como antes, porque el consumo de drogas/alcohol puede hacerme ver mal o que me comporte de manera extraña				
21. Los estereotipos negativos me mantienen aislado del mundo normal				
22. Me mantengo alejado de actividades sociales para no avergonzar a mi familia y a mis amigos				
23. Trato de no acercarme a la gente que no consume drogas/alcohol para evitar ser rechazado				
24. Estar con personas que no consumen drogas/alcohol me hace sentir incomodo e inadecuado				
25. Me siento cómodo si estoy en público con una persona que evidentemente consume drogas/alcohol				
26. Por lo general soy capaz de vivir de la forma en que quiero				
27. Puedo tener una vida plena a pesar de consumir drogas/alcohol				
28. La gente que consume drogas/alcohol hace aportes importantes para la sociedad				
29. Vivir con el consumo de drogas/alcohol me ha fortalecido				

**Fuente:** beldaño, R., Gallo, V., Burrone, M., & Fernández, A. (2016). Estigma internalizado en consumidores de drogas en Córdoba-Argentina.

## **Anexo 2.**

# Consentimiento Informado

### **Consentimiento Informado**

La presente investigación es realizada por Deysi Yolanda Zumba Morales con cédula 140073004-8 de la Universidad Nacional de Chimborazo. Dicha investigación se titula “AUTOESTIGMA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DEPENDIENTES A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN DE QUITO”.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los fines académicos.

Para la realización de este estudio usted deberá responder a dos test lo cual le tomará aproximadamente 30 minutos. Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma.

Yo..... con C.C..... Consiento voluntariamente ser participante en esta investigación y comprendo todos los fines y mis derechos establecidos.

Agradezco su colaboración.

**Fuente:** Deysi Yolanda Zumba Morales

## **Anexo 3.**

# Tabla del Estigma

**Tabla sobre los tipos de Estigmas.**

	Estigma Público	Estigma internalizado
Estereotipos	Creencias negativas sobre un grupo. Ejemplos: peligrosidad, incompetencia, debilidad de carácter.	Creencias negativas sobre el propio grupo. Ejemplos: debilidad de carácter, incompetencia.
Prejuicio	Acuerdo con las creencias y/o reacción emocional negativa. Ejemplos: ira, miedo, desconfianza.	Acuerdo con las creencias y aplicación a uno mismo. Reacción emocional negativa. Ejemplos: baja autoestima, baja autoeficacia.
Discriminación	Respuesta conductual al prejuicio. Ejemplos: negarse a dar trabajo o alquilar una vivienda a un miembro del	Respuesta conductual al prejuicio. Ejemplos: dejar de buscar oportunidades de trabajo y vivienda, evitar relacionarse

**Fuente:** Paredes, H., Jiménez, G., & Vásquez, M. (2012). Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*.