



Fatalismo y su relación con el autoestigma y la búsqueda de tratamiento de salud mental

Fatalism and its relationship with self-stigma and seeking mental health treatment

Oscar Armando Esparza-Del Villar, Cynthia Frineh Chavarría-Gamiz¹, Jurguen Antonio Cabral-Sánchez¹, Salvador Sanz-González¹, Ana Karen Castro- Lazalde¹

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez¹

Citación | Esparza-Del-Villar, O. A., Chavarría-Gamiz, C. F., Cabral-Sánchez, J. A. Sanz-González, S., Castro- Lazalde, A. K. (2021). Fatalismo y su relación con el autoestigma y la búsqueda de tratamiento de salud mental. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3(2), 173-188.

Artículo recibido, 10-12-2020; aceptado, 31-05-2021; publicado 01-09-2021.

Resumen

DOI: <https://doi.org/10.62364/q9bb3732>

En México existen problemas de estigma y autoestigma relacionados con la salud mental, además, existe poca búsqueda para recibir tratamiento mental profesional. En este estudio se analiza la relación del autoestigma y actitudes hacia la búsqueda de tratamiento (AEABT) de salud mental con los factores de la Escala Multidimensional de Fatalismo que incluye el fatalismo y constructos relacionados. El estudio se hizo con una muestra de 140 participantes de Ciudad Juárez con una media de edad de 35.94 años (DE = 14.10) y con el 68.6% del sexo femenino. Los principales resultados es que el pesimismo fue el factor que tuvo correlaciones más fuertes con el AEABT, sin embargo, también los factores de suerte, fatalismo y control divino tuvieron correlaciones estadísticamente significativas. Por último, las respuestas a las escalas de AEABT indican niveles altos en autoestigma y niveles bajos en las actitudes hacia la búsqueda de tratamiento.

Palabras clave | pesimismo, locus interno, suerte, control divino, Ciudad Juárez

Abstract

In Mexico there are problems of stigma and self-stigma related to mental health in addition to low levels of search for professional mental treatment. In this study the relationship of self-stigma and attitudes towards seeking mental health treatment (AEABT) with the factors of the Multidimensional Fatalism Scale that includes fatalism and related constructs are analyzed. The study was carried out with a sample of 140 participants from Ciudad Juárez with a mean age of 35.94 years (SD = 14.10) and with 68.6% females. The main results are that pessimism was the factor that had the strongest correlations with the AEABT, however, also the factors of luck, fatalism and divine control had statis-

¹ Correspondencia: oesparza@uacj.mx Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Instituto de Ciencias Sociales y Administración. Av. Universidad y Heroico Colegio Militar 3775, Col. Foviste Chamizal, 32300. Cd. Juárez, Chih., México. Teléfono: +52 656 6883800 ext. 3641.

tically significant correlations. Finally, the responses to the AEABT scales indicate high levels of self-stigma and low levels of attitudes towards seeking treatment.

Keywords | pessimism, internal locus, luck, divine control, Juarez city

Una gran cantidad de mexicanos padece algún tipo de problema de salud mental; sin embargo, se encuentran con dos problemas para ser atendidos. El primero es que cuenta con poca infraestructura y recursos para la atención de trastornos mentales y segundo es que en el país existe un estigma negativo al cuidado y tratamiento de las enfermedades mentales. Las últimas estadísticas de salud mental en México indican que el 12.1% de los habitantes del país presentan al menos un trastorno mental y uno de cada cuatro lo padecerá por lo menos una vez en su vida (Medina-Mora et al., 2007); sin embargo, solo una de cada cinco personas afectadas por algún trastorno mental recibe tratamiento (Borges et al., 2006). En un estudio de diversos países del mundo, que analizó la atención a personas con depresión mayor, reportó que en México solo un 6.4% recibe la atención mínima requerida (Thornicroft et al., 2017).

Los países que han experimentado fenómenos de violencia social han tenido un incremento de personas que han sido víctimas de la violencia de manera directa o indirecta, que requieren de una atención especializada (Ribeiro et al., 2009). Existen diversos estudios donde se menciona el incremento en niveles de ansiedad, depresión y estrés postraumático debido a la violencia que se vive en el país (Quiñones et al., 2013). Desgraciadamente, aunque la violencia ha aumentado, la búsqueda de ayuda profesional no ha incrementado y esto se puede deber en gran parte al estigma hacia la atención de la salud mental. Existe un estigma relacionado con las enfermedades mentales que hace que las personas y sus familiares no busquen la ayuda adecuada (Rafful et al., 2012). El estigma hacia las personas que presentan algún trastorno mental está presente en los países latinoamericanos y es una barrera muy importante para su tratamiento e inclusión social (Mascayano et al., 2015).

Estigma y Autoestigma de Salud Mental

Una de las definiciones más usadas en referencia al estigma de salud mental es “la medida en que los individuos creen que la mayoría de las personas (la comunidad en general) devaluará y discriminará a un paciente mental” (Link et al., 1989, p. 403). Las personas creen que la gente con trastornos mentales es peligrosa e impredecible (p. ej., adicciones, esquizofrenia), es difícil comunicarse con ellos, y perciben que algunos trastornos son autoinfligidos (p. ej., abuso de sustancias, trastornos alimentarios) (Angermeyer y Dietrich, 2006; Crisp et al., 2000; Subramaniam et al., 2017).

El estigma de salud mental se convierte en autoestigma cuando “las personas internalizan estas actitudes públicas y como resultado de esto surgen numerosas consecuencias negativas” (Corrigan y Rao, 2012, p. 464). El problema con el autoestigma en personas con trastornos mentales es que se relaciona con reacciones emocionales negativas, baja autoestima, baja autoeficacia, autodiscriminación, autoaislamiento, menor uso de servicios de salud, baja calidad de vida, entre otras cosas (Corrigan et al., 2006). Además de estas secuelas negativas que se dan por el autoestigma, se ha encontrado que las personas con altos niveles de autoestigma tienden a no buscar ayuda profesional para sus trastornos mentales (Corrigan et al., 2010).

Búsqueda de Tratamiento

A nivel mundial, la búsqueda de tratamiento para trastornos mentales es baja incluyendo a México (Andrade et al., 2000; Ruscio et al., 2017). Estudios hechos en varios países del mundo han evaluado las principales barreras que llevan a que las personas eviten la búsqueda de un tratamiento profesional, entre las principales se encuentran el percibir que el trastorno no es tan grave, la falta de dinero, y la falta de personas que atiendan los trastornos (Andrade et al., 2014). En México hay estudios en los cuales se reporta que pocas personas buscan ayuda profesional para trastornos como la depresión, ansiedad, adicciones y las fobias (Benjet et al., 2004; Benjet et al., 2012; Mora-Ríos et al., 2017; Rafful et al., 2012; Ruscio et al., 2017). Además, existe una cultura en la cual no se procura la búsqueda de profesionales para tratar cuestiones de salud mental, como lo muestran las estadísticas antes mencionadas, y la cual pudiera estar relacionada con algunos rasgos de personalidad como el fatalismo.

Fatalismo y Factores Relacionados

El fatalismo ha sido relacionado con la cultura latina, incluyendo la mexicana (Ross et al., 1983), sin embargo, en un estudio reciente se compararon algunos países europeos, de medio oriente y México y se encontró que los alemanes reportaron mayores niveles de fatalismo (Maercker et al., 2019). Al analizar la literatura del fatalismo, Esparza et al. (2015) reportaron que no hay consistencia en sus definiciones y mediciones, por lo que realizaron una serie de estudios en donde expusieron que el fatalismo es la creencia en la predestinación y además propusieron otros cuatro factores que anteriormente se habían pensado que eran fatalismo pero que resultan como factores distintos e independientes, aunque relacionados. Estos otros factores incluyen el pesimismo, la creencia en la suerte, la creencia en el control divino, y por último el locus interno (que se relaciona de manera inversa con el fatalismo). Estos cinco factores forman parte de la Escala Multidimensional de Fatalismo (EMF) la cual se utiliza en el presente estudio para analizar su relación con las variables de autoestigma y búsqueda de tratamiento.

En México existen pocos estudios relacionados con el autoestigma, el fatalismo y la búsqueda de tratamiento, y de los pocos que existen, casi todos se realizan en Ciudad de México. Este estudio pretendió analizar la relación del fatalismo y los demás factores de la EMF con los constructos de autoestigma y búsqueda de tratamiento, en una población del norte del país, en donde la violencia ha incrementado los problemas de salud mental pero no necesariamente la búsqueda de ayuda. Además, se analizaron descriptivamente las respuestas a cada una de las preguntas de las escalas de autoestigma y actitudes hacia la búsqueda de tratamiento de salud mental para evaluar las prevalencias de éstas. Las hipótesis de este estudio fueron que los factores de fatalismo, pesimismo, suerte y control divino de la EMF se iban a correlacionar de manera positiva con los indicadores de autoestigma y de manera negativa con el indicador de búsqueda de tratamiento, mientras que con el factor de locus interno las correlaciones iban a ser a la inversa. También se esperó encontrar niveles altos de autoestigma y niveles bajos de búsqueda de tratamiento en la muestra estudiada.

Método

Participantes

La muestra se conformó por 140 participantes de Ciudad Juárez que reportaron haber sido atendidos o diagnosticados con algún trastorno mental en su vida. La muestra fue por conveniencia y se recabó a través de invitaciones personales a pacientes dentro del centro universitario de atención psicológica de la Universidad

Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ), el Hospital Psiquiátrico de la ciudad y a través de posters en la UACJ. Los participantes tuvieron una media de edad de 35.94 años (DE = 14.10; ver Tabla 1). El 68.6% era de sexo femenino y el 31.4% masculino. La mayor parte de la muestra era soltera (47.9%) y casada/unión libre (37.8%). El nivel educativo de la muestra tenía un 76.4% con nivel de preparatoria o mayor (ver Tabla 1).

Tabla 1

Análisis descriptivos de los datos sociodemográficos y su relación con los indicadores de autoestigma y actitudes hacia la búsqueda de tratamiento

Variable	Media (DE)	n	%	Análisis estadístico	Auto-estigma, valor (p)	Búsqueda de tratamiento, valor (p)
Edad	35.94 (14.10)			Correlación de Pearson	.09 (.32)	-.09 (.29)
Género				Prueba t	1.67 (.10)	-1.45 (.15)
Masculino		44	31.4			
Femenino		96	68.6			
Estado Civil				ANOVA	.20 (.94)	.33 (.86)
Soltero(a)		67	47.9			
Casado (a)		36	25.7			
Unión libre		17	12.1			
Separado(a)/ Divorciado(a)		16	11.4			
Otro		4	2.9			
Nivel Educativo				Correlación de Spearman	-.05 (.58)	.13 (.13)
8 años o menos		21	15.0			
9 a 11 años		12	8.6			
12 años		49	35.0			
Algo de universidad		24	17.1			
Licenciatura		25	17.9			
Posgrado		9	6.4			

Instrumentos

Datos sociodemográficos. Se evaluaron algunos datos sociodemográficos que incluyeron la edad, género, estado civil, y nivel educativo a través de una ficha estructurada.

Escala Multidimensional de Fatalismo ([EMF]; Esparza et al., 2015). La EMF se compone de cinco factores denominados fatalismo, pesimismo, locus interno, suerte y control divino los cuales constan de seis ítems cada uno. La escala fue elaborada simultáneamente en inglés y español por Esparza et al. (2015) asegurando su invarianza entre los dos idiomas. El formato de respuesta es de cinco opciones tipo Likert que van desde “fuertemente en desacuerdo” a “fuertemente de acuerdo”. La escala cuenta con una estructura factorial validada y en relación a la confiabilidad interna, los índices de alfa de Cronbach para los factores van de 0.76 a 0.92.

Inventario de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (Internalized Stigma of Mental Illness Inventory [ISMI]; Ritsher et al., 2003). Este instrumento consta de 29 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones que van de “totalmente en desacuerdo” a totalmente de acuerdo”. La escala da un puntaje total de todos los ítems además de cinco factores individuales: alienación, adhesión al estereotipo, experiencia de discriminación, retraimiento social, y resistencia al estigma. El instrumento ha sido adaptado a población mexicana y cuenta con buenas propiedades psicométricas (Mora-Rios et al., 2013).

Actitudes Hacia la Búsqueda de Tratamiento de Salud Mental-Versión Corta (Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help Scale – Short Form [ATSPPH-SF]; Fischer y Farina, 1995). Esta escala se compone de 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones que van de “en desacuerdo” a “de acuerdo”. La escala se compone de un solo factor y ha sido validada en español (Torres et al., 2021). La consistencia interna del instrumento para el presente estudio fue de $\alpha = 0.70$.

Procedimiento

En primera instancia el estudio fue sometido y aprobado por el Comité de Ética de la UACJ. El reclutamiento de los participantes para este estudio se realizó en el centro universitario de atención psicológica de la UACJ, el Hospital Psiquiátrico de la ciudad y a través de posters en la UACJ. Antes del reclutamiento se pidió permiso a las autoridades del hospital y de la UACJ para la administración de los instrumentos. El hospital no tenía un comité de ética para este tipo de estudios en el momento de la aplicación por lo que revisaron la dicotaminación dada por el comité de ética de la universidad y aprobaron el reclutamiento en sus instalaciones. Una vez adquirido el permiso, ayudantes de investigación se acercaron a las personas para invitarlas a participar en el estudio en el centro universitario y en el hospital psiquiátrico. El requisito era que estuvieran recibiendo tratamiento de salud mental. Las personas que aceptaron participar en el estudio se les dio el consentimiento informado y se les explicó sus derechos como participantes. Se les aseguró confidencialidad en sus respuestas al no preguntar información específica que los pudiera identificar y además de que los datos iban a ser manejados solo por los responsables del proyecto. Les tomó aproximadamente 30 minutos en llenar las escalas y al final se les dio un vale de \$500 pesos mexicanos por su participación.

Este estudio cuenta con dos diseños de investigación (Montero y León, 2007). El primer diseño es un estudio descriptivo transversal de una población a través de investigación de encuestas, el cual se usa para analizar las respuestas a los cuestionarios del ISMI y del ATSPPH-SH. El segundo diseño es un estudio ex post facto retrospectivo de un grupo y medidas múltiples, el cual se usa para analizar las correlaciones y regresiones lineales múltiples entre las diversas variables. La información se capturó en una base de datos y en los primeros análisis se evaluó la relación de los datos sociodemográficos de la muestra con las escalas de autoestigma de salud mental y actitudes hacia la búsqueda de tratamiento. Para el segundo conjunto de análisis se evaluaron las frecuencias de las respuestas a las escalas del ISMI y del ATSPPH-SF, que miden autoestigma y las actitudes hacia la búsqueda de tratamiento de salud mental para conocer su frecuencia en la muestra de Ciudad Juárez. En el tercer tipo de análisis se realizaron

correlaciones de Pearson entre los factores de la EMF (fatalismo, pesimismo, locus interno, suerte, control divino) con los indicadores de autoestigma y las actitudes hacia la búsqueda de tratamiento de salud mental. Por último, en caso de encontrar correlaciones estadísticamente significativas, se analizaron regresiones lineales múltiples en donde los factores de la escala de fatalismo sirvieron como variables independientes y los indicadores de autoestigma y actitudes hacia la búsqueda de tratamiento fueron las variables dependientes. Se realizó una regresión múltiple para cada indicador de autoestigma y las actitudes hacia la búsqueda de tratamiento, para un total de siete análisis independientes.

Resultados

Análisis con Datos Sociodemográficos

Primero se llevó a cabo la relación entre las variables sociodemográficas con los indicadores de autoestigma total y actitudes hacia la búsqueda de tratamiento (ver Tabla 1). No se encontró ningún análisis estadísticamente significativo con respecto a los datos sociodemográficos.

Análisis Descriptivos de las Escalas de Autoestigma y Actitudes hacia la Búsqueda de Tratamiento

Se analizaron las respuestas a cada uno de los ítems de las escalas de autoestigma (ISMI) y actitudes hacia la búsqueda de tratamiento (ATSPPH-SF) para evaluar las frecuencias de estos dos constructos en la muestra de Juárez. La escala de autoestigma (ver Tabla 2) revela porcentajes altos en varios de los ítems como el 11 y 17 en donde el porcentaje de la suma de las respuestas “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” son más del 50%. Sin embargo, tomando en cuenta este criterio, los ítems más altos son el 24 y 26 pertenecientes al factor de resistencia al estigma.

Tabla 2

Análisis descriptivo del Inventario de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental

Ítem	Totalmente en desacuerdo (%)	En desacuer- do (%)	De acuerdo (%)	Totalmente de acuerdo (%)
1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque tengo una enfermedad mental.	27.9	32.1	30.7	9.3
2. Las personas con una enfermedad mental tienden a ser violentas.	28.6	31.4	29.3	10.7
3. Las personas me discriminan porque tengo una enfermedad mental.	33.6	32.9	25.0	8.6
4. Intento no acercarme a las personas que no tienen una enfermedad mental para evitar el rechazo.	45.7	32.9	12.1	9.3
5. Me avergüenza o me apena tener una enfermedad mental.	30.7	30.0	25.7	13.6
6. Las personas con una enfermedad mental no deberían casarse.	52.9	28.6	11.4	7.1

Ítem	Totalmente en desacuerdo (%)	En desacuerdo (%)	De acuerdo (%)	Totalmente de acuerdo (%)
7. Las personas con una enfermedad mental hacen contribuciones valiosas a la sociedad.	9.3	22.1	39.3	29.3
8. Me siento inferior a las personas que no tienen una enfermedad mental.	37.1	37.1	16.4	9.3
9. Ya no socializo tanto como antes porque mi enfermedad mental puede hacer que me vea o me comporte “extraño.”	27.1	28.6	25.0	19.3
10. Las personas con una enfermedad mental no pueden vivir una vida buena y gratificante.	27.9	39.3	20.0	12.9
11. Yo no hablo mucho de mí mismo/a porque no quiero agobiar a los demás con mi enfermedad mental.	15.0	26.4	33.6	25.0
12. Los estereotipos negativos sobre las enfermedades mentales me mantienen aislado/a del mundo “normal.”	25.0	38.6	25.7	10.7
13. Estar cerca de personas que no tienen una enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar o incómodo/a.	34.3	35.7	20.0	10.0
14. No tengo ningún problema con ser visto en público con una persona que evidentemente tiene una enfermedad mental.	17.1	13.6	30.0	39.3
15. Con frecuencia, las personas son condescendientes conmigo o me tratan como un/a niño/a sólo porque tengo una enfermedad mental.	27.1	32.9	26.4	13.6
16. Estoy decepcionado/a de mí mismo/a por tener una enfermedad mental.	25.7	32.9	27.9	13.6
17. Tener una enfermedad mental ha dañado mi vida.	11.4	24.3	42.9	21.4
18. Las personas pueden darse cuenta de que tengo una enfermedad mental por cómo me veo.	37.9	32.9	22.1	7.1
19. Necesito que otras personas tomen la mayoría de las decisiones por mí debido a que tengo una enfermedad mental.	39.3	38.6	15.0	7.1

Ítem	Totalmente en desacuerdo (%)	En desacuer- do (%)	De acuerdo (%)	Totalmente de acuerdo (%)
20. Me mantengo alejado/a de situaciones sociales para no avergonzar a mi familia o amigos.	38.6	29.3	20.0	12.1
21. Las personas que no tienen una enfermedad mental no son capaces de comprenderme.	21.4	30.0	28.6	20.0
22. Las personas me ignoran o no me toman en serio sólo porque tengo una enfermedad mental.	36.4	34.3	18.6	10.7
23. No puedo contribuir en nada a la sociedad debido a que padezco una enfermedad mental.	44.3	39.3	9.3	7.1
24. Vivir con una enfermedad mental me ha hecho un/a fuerte sobreviviente.	10.0	17.9	47.9	24.3
25. Nadie estaría interesado en acercarse a mí debido a que tengo una enfermedad mental.	40.7	35.7	13.6	10.0
26. Regularmente puedo vivir mi vida a mi manera.	7.1	20.7	47.1	25.0
27. Puedo tener una vida plena y satisfactoria a pesar de mi enfermedad mental.	7.9	21.4	46.4	24.3
28. Los demás piensan que no puedo lograr mucho en la vida debido a mi enfermedad mental.	31.4	37.9	21.4	9.3
29. Los estereotipos sobre las personas con enfermedades mentales pueden aplicarse a mí.	22.9	38.6	28.6	10.0

Para la escala de actitudes hacia la búsqueda de tratamiento de salud mental (ver Tabla 3) se hizo el mismo análisis descriptivo y se encontró que un gran porcentaje de las personas tienen respuestas que reflejan una actitud negativa hacia la búsqueda de tratamiento, como por ejemplo los ítems cinco y seis, en donde las respuestas que indican una actitud negativa (“algo en desacuerdo” y “en desacuerdo”) sobrepasan el 90%. Las respuestas en los demás ítems reflejan una actitud negativa similar con porcentajes altos indicando no querer buscar ayuda profesional.

Tabla 3

Análisis descriptivo de la escala de actitudes hacia la búsqueda de tratamiento de salud mental

Ítem	En desacuerdo (%)	Algo en desacuerdo (%)	Algo de acuerdo (%)	De acuerdo (%)
1. Si creyera que estoy teniendo una crisis mental, mi primera reacción sería buscar atención profesional.	59.3	25.7	10.0	5.0
2. La idea de hablar con un psicólogo de mis problemas me parece una manera inadecuada de resolver conflictos emocionales.	15.0	19.3	12.9	52.9
3. Si en este momento de mi vida estuviera pasando por una crisis emocional seria, estaría confiado de que puedo encontrar alivio por medio de la psicoterapia.	58.6	32.1	5.0	4.3
4. Existe algo admirable en la actitud de las personas que están dispuestas a enfrentar sus conflictos y miedos sin ayuda profesional.	30.7	25.7	22.1	21.4
5. Si estuviera preocupado o molesto por un periodo de tiempo largo, buscaría ayuda psicológica.	60.7	32.1	3.6	3.6
6. Tal vez en un futuro yo desee obtener psicoterapia.	70.7	25.0	2.9	1.4
7. Una persona con problemas emocionales no puede resolverlos por sí sola. En cambio, él o ella podrían solucionarlos con ayuda profesional.	60.7	26.4	8.6	4.3
8. Para una persona como yo, el valor de la psicoterapia sería cuestionable, considerando el tiempo y gasto que implican.	28.6	27.1	20.7	23.6
9. Una persona debe de resolver sus propios problemas; conseguir una consulta psicológica sería el último recurso.	15.7	12.9	19.3	52.1
10. Como muchas otras cosas, los problemas personales y emocionales tienden a resolverse por sí solos.	7.1	11.4	20.7	60.7

Correlaciones entre Fatalismo, Autoestigma, y Actitudes hacia la Búsqueda de Tratamiento

Se realizaron correlaciones de Pearson entre los factores de fatalismo y los indicadores de autoestigma y actitudes hacia la búsqueda de tratamiento. La EMF incluyó los factores de fatalismo, pesimismo, locus interno, suerte y control divino, y cada uno de ellos se correlacionaron con el resto de los indicadores mencionados (ver Tabla 4). Los factores de la EMF tienen correlaciones más fuertes con los indicadores de autoestigma que con las actitudes hacia la búsqueda de tratamiento, en donde la mayor correlación fue con suerte ($r = -.25$), la cual es pequeña (Cohen, 1992). En relación con los indicadores de autoestigma, el factor de pesimismo tuvo las correlaciones más grandes en donde cinco excedieron el 0.50 que indica correlaciones grandes (Cohen, 1992). La correlación más fuerte fue entre pesimismo y el total de la escala de autoestima ($r = .63$). El factor de suerte es el segundo con correlaciones más fuertes de la escala de fatalismo. El factor de locus interno solo tuvo una correlación estadísticamente significativa con el indicador de resistencia al estigma ($r = -.31$). Las correlaciones resultaron en las direcciones esperadas, en donde a mayores puntajes en los factores de fatalismo, pesimismo, suerte, y control divino, se obtuvieron mayores puntajes de autoestigma, y menores puntajes de actitudes hacia la búsqueda de tratamiento. Para el factor de locus interno, fue a la inversa.

Tabla 4*Correlaciones entre fatalismo, autoestigma y actitudes hacia la búsqueda de tratamiento*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Fatalismo	1											
2. Pesimismo	.59**	1										
3. Locus interno	-0.01	-.22*	1									
4. Suerte	.38**	.55**	-0.15	1								
5. Control divino	.49**	.34**	-0.06	.33**	1							
6. AE total	.36**	.63**	-0.15	.48**	.23**	1						
7. AE alienación	.32**	.58**	-0.14	.42**	0.13	.88**	1					
8. AE adhesión al estereotipo	.36**	.56**	-0.10	.46**	.23**	.93**	.73**	1				
9. AE experiencia de discriminación	.30**	.52**	-0.09	.36**	.27**	.85**	.72**	.76**	1			
10. AE retraimiento social	.29**	.50**	-0.05	.46**	.17*	.92**	.76**	.87**	.73**	1		
11. AE resistencia al estigma	0.13	.33**	-.31**	0.12	0.14	.27**	0.16	0.12	0.06	0.07	1	
12. Búsqueda de tratamiento	-0.16	-.23**	.18*	-.25**	-0.13	-.35**	-.27**	-.34**	-.28**	-.33**	-0.11	1

Nota. AE = Autoestigma. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Regresiones Múltiples de las Variables de Autoestigma y Actitudes hacia la Búsqueda de Tratamiento con Fatalismo

Por último, se realizaron siete análisis de regresión lineal múltiple para ver qué tanto cada factor de la EFM explicaba cada uno de los indicadores de autoestigma y actitudes hacia la búsqueda de tratamiento (ver Tabla 5). Los factores de la EMF fueron las variables independientes (VI) del modelo y las variables de autoestigma y actitudes hacia la búsqueda de tratamiento fueron las variables dependientes (VD) cada una por separado. Todas las regresiones tuvieron valores de R^2 estadísticamente significativos, sin embargo, en la regresión de actitudes hacia la búsqueda de tratamiento ninguna de las betas estandarizadas resultó estadísticamente significativa. La regresión múltiple que usa el total de la escala de autoestigma tiene el valor de R^2 más alto con .42, lo que quiere decir que los factores de la EMF explican el 42% de la variabilidad del total de la escala de autoestigma. Otro hallazgo común es que en todas las regresiones con los indicadores de autoestigma como VD, el factor de pesimismo fue el que tuvo los valores de beta estandarizada más altos. También en la mayoría de ellos el factor de suerte fue estadísticamente significativo a excepción del indicador de resistencia al estigma en donde el otro factor de la EMF estadísticamente significativo fue el de locus interno.

Tabla 5

Regresiones de los indicadores de autoestigma y actitudes hacia la búsqueda de tratamiento explicados por los factores de fatalismo

	AE total	AE alienación	AE adhesión al estereotipo	AE experiencia de discriminación	AE retraimiento social	AE resistencia al estigma	Búsqueda de tratamiento
R ² (p)	.42 (<.01)	.36 (<.01)	.35 (<.01)	.30 (<.01)	.31 (<.01)	.18 (<.01)	.09 (.02)
Fatalismo - Beta estandarizada (p)	-.03 (.74)	.004 (.97)	.03 (.79)	-.08 (.43)	-.03 (.79)	-.08 (.47)	-.05 (.69)
Pesimismo - Beta estandarizada (p)	.54 (<.01)	.51 (<.01)	.43 (<.01)	.49 (<.01)	.39 (<.01)	.36 (<.01)	-.08 (.52)
Locus interno - Beta estandarizada (p)	-.001 (.99)	-.01 (.87)	.03 (.74)	.04 (.57)	.08 (.28)	-.24 (<.01)	.14 (.11)
Suerte - Beta estandarizada (p)	.19 (.02)	.17 (.05)	.22 (.01)	.10 (.27)	.28 (<.01)	-.11 (.26)	-.16 (.11)
Control divino - Beta estandarizada (p)	.004 (.96)	-.10 (.23)	.01 (.95)	.12 (.18)	-.04 (.64)	.08 (.41)	-.02 (.84)

Discusión

Los análisis descriptivos de las escalas de autoestigma y actitudes hacia la búsqueda de tratamiento (AEABT) de salud mental indican que los niveles son altos en la población de Ciudad Juárez. Al analizar las respuestas dadas se puede observar que la mayoría de los ítems de la escala de autoestigma son altos, aunque en la escala de actitud hacia la búsqueda de tratamiento, las respuestas reflejan un porcentaje más alto de no querer buscar ayuda, lo que corrobora lo encontrado en estudios previos (Mascayano et al., 2015; Mora-Ríos et al., 2017; Thornicroft et al., 2017; Rafful et al., 2012; Ruscio et al., 2017).

El autoestigma es un fenómeno que se ha reportado en varios países, el cual es estudiado debido a que representa una barrera para la búsqueda de tratamiento y además tiene secuelas psicológicas negativas en las personas (Maharjan y Panthee, 2019). México tiene niveles bajos en búsqueda de atención psicológica y esto es debido a que la cultura todavía ve de manera negativa los trastornos mentales y el buscar ayuda para atender estos problemas. Los participantes de esta investigación tuvieron niveles altos de autoestigma pero no es exclusivo de ellos, sino que es parte cultural de los mexicanos y se pudiera explicar por la falta de conocimientos biopsicosociales relacionados con la salud mental. Si bien el conocimiento relacionado con la salud mental ha crecido exponencialmente en los últimos años y cada vez se comprenden más cosas del ser humano, la mayoría de las personas no están al tanto de todo este conocimiento y siguen pensando que los problemas de salud mental tienen que ver con fuerza de voluntad y sienten que no necesitan ayuda ya que no están “locos”. Las respuestas obtenidas en la escala de la búsqueda de tratamiento tienen porcentajes altos a pesar de que estas personas ya estaban recibiendo atención al realizar este estudio. El aspecto cultural de no acudir a los terapeutas es tan fuerte que aun esta muestra preferiría no buscar ayuda

en el futuro en caso de ser necesario. Por estas razones, parte del trabajo de los profesionales de la salud mental debe de enfocarse en cambiar este tipo de pensamientos de estigma de manera que las personas tengan la confianza e iniciativa de acercarse a recibir atención cuando lo requieran.

Este estudio es el primero en México que analiza la relación del fatalismo con el autoestigma y las actitudes hacia la búsqueda de tratamiento. Además, al analizar el constructo de fatalismo, lo hace con la EMF la cual le da un orden y lo divide en factores relacionados pero independientes (Esparza et al., 2015) los cuales se correlacionan por separado con el autoestigma y las actitudes hacia la búsqueda de tratamiento. El constructo del fatalismo por muchos años se confundía con otros y por esta razón no había consistencia en los resultados de diferentes estudios. En esta línea se cuenta con varios instrumentos como la Escala Multidimensional de la Creencia en un Mundo Justo (Lipkus, 1991), el Inventario de la Perspectiva del Tiempo Futuro (Kalichman et al., 1997), la Escala para Medir las Percepciones y Actitudes en el Trabajo con Respecto a la Seguridad (Williamson et al., 1997), entre otras, las cuales se usaron para medir fatalismo. Se mencionan estas por que los títulos reflejan el contenido de los ítems, los cuales difieren mucho de la definición del fatalismo que se ofrece en la EMF. Antes, todo esto se consideraba como fatalismo, pero ahora se puede diferenciar el fatalismo de los demás constructos y analizar las relaciones específicas con otras variables. Este estudio nos permite responder a la pregunta de “¿Qué tanto se relaciona el fatalismo con el autoestigma y la búsqueda de tratamiento?”. Esta escala de fatalismo da seguridad de poder responder de manera muy precisa y además de analizar la relación con otros constructos (pesimismo, suerte, control divino y locus interno).

Al analizar las correlaciones de Pearson encontramos que los factores que más se relacionan con el AEABT son el pesimismo y la suerte, y las que menos se relacionan son el locus interno y el control divino. Las correlaciones entre el pesimismo y el autoestigma alcanzan valores altos (Cohen, 1992), lo cual indica que, aunque sí se relaciona el fatalismo, creencia en la predestinación, con el autoestigma, el factor que más se relaciona es el pesimismo. También aquellas personas que tienen creencias en la suerte reportan mayores niveles de autoestigma. Los factores de la EMF tienen tres correlaciones estadísticamente significativas (pesimismo, locus interno y suerte) con la variable de actitudes hacia la búsqueda de tratamiento y todas son bajas. El fatalismo y los factores relacionados se relacionan más con el autoestigma que con las actitudes hacia la búsqueda de tratamiento.

En los análisis de regresión lineal múltiple para los indicadores de autoestigma, varios de los valores de R^2 fueron altos alcanzando el 0.42 para el total de la escala de autoestigma. Lo interesante fue que en todos los análisis, solo se encontraron dos indicadores con betas estandarizadas estadísticamente significativas y las más altas para todas fueron las de pesimismo, y en la mayoría la segunda más alta fue la de suerte. La única excepción fue en el análisis hecho con el indicador de resistencia al estigma en donde el factor de locus interno fue la segunda beta estandarizada más alta.

De acuerdo con las regresiones múltiples, los dos factores que se deben de tomar en cuenta para la reducción de autoestigma son el pesimismo y la creencia de la suerte, ya que estos tienen una relación fuerte y significativa. Intervenciones para promover la reducción de autoestigma se verán beneficiadas al reducir el pesimismo y la creencia en que las cosas pasan por suerte. En la regresión múltiple hecha con las actitudes hacia la búsqueda de tratamiento, no se encontró ninguna beta estandarizada estadísticamente significativa por lo cual los resultados no sugieren que alguna de las variables de la EMF puede ayudar a cambiarla.

Estos análisis de regresión lineal múltiple permiten conocer la respuesta a la pregunta antes mencionada de “¿Qué tanto se relaciona el fatalismo con el autoestigma y búsqueda de tratamiento?”, la cual en

esta muestra y en este último análisis sería ninguna. El fatalismo no se relaciona con el autoestigma y búsqueda de tratamiento, pero si se relaciona con el pesimismo y la creencia en la suerte, los cuales no son fatalismo. Antes, se hubiera confundido el pesimismo o creencia en la suerte con fatalismo, pero en este estudio se usa una escala que permite la separación entre ellos. La relación del fatalismo con cuestiones negativas en las personas latinoamericanas, planteadas por algunos investigadores (Ross et al., 1983), podrían no existir si se analizan usando escalas como la EMF. El fatalismo pudo haberse confundido con otros constructos que sí tienen consecuencias negativas como el pesimismo, suerte u otras variables. Los resultados de este estudio no se pueden extrapolar a estudios pasados para asegurar que lo que se encontró en este estudio se encontraría en los demás, pero si da lugar a la reflexión y a realizar futuros estudios de estos temas usando escalas como la EMF que ayude a diferenciar el fatalismo de otras variables.

Este estudio tiene varias limitantes que indican la pauta a futuras investigaciones que puedan dar más claridad a este tema. Una de las limitaciones es que la muestra estuvo compuesta de personas que estaban siendo atendidas por profesionales de la salud mental, pero no se hizo el diagnóstico de los problemas mentales que presentaban. En futuros estudios es importante analizar esta variable haciendo una evaluación para obtener el diagnóstico específico de cada persona. Dentro del estudio no se preguntó de la evolución que habían tenido en su atención psicológica, ni tampoco se preguntó del tiempo que llevaban en terapia o del número de terapias que habían llevado hasta el momento en que se les evaluó. Esta información debe de ser recolectada para entender mejor este fenómeno ya que nos puede indicar diferencias en los distintos niveles de las variables. Otros pasos a seguir incluyen el confirmar estos resultados en otras poblaciones de México, del centro y sur del país. Si estos resultados son similares, entonces se recomienda proponer una intervención para la reducción del autoestigma que incluya los factores de pesimismo y creencia en la suerte.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio indican niveles altos de autoestigma y niveles bajos de búsqueda de tratamiento de salud mental aún en esta muestra que se caracteriza por estar recibiendo atención psicológica. Al analizar la relación de las variables de la EMF encontramos que los factores que tienen una relación más fuerte con autoestigma y búsqueda de tratamiento son el pesimismo y la creencia en la suerte. A pesar de que este no es un estudio experimental y no se puede poner a prueba relaciones causales, se sugiere incluir técnicas para reducir el pesimismo y la creencia en la suerte para ver si esto tiene un efecto en bajar los niveles de autoestigma y aumentar los niveles de búsqueda de tratamiento. La cultura negativa hacia la atención de problemas mentales no va a cambiar por sí sola. No deberíamos afrontar esta realidad con negación, resignándonos a pensar que esto no tiene solución o esperando a que solucione por sí sola. Se tiene que pensar en maneras de reducir el estigma a nivel nacional para beneficio de la salud mental de los mexicanos. En México hay pocos programas enfocados a promover una cultura de búsqueda de tratamiento de salud mental y la reducción del autoestigma, por lo que se necesitan más estudios que ayuden a entender esta problemática y también intervenciones que motiven a las personas a atender su salud mental por medio de profesionales de la salud mental.

Referencias

- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu,

- C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V.,... Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303–1317. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R., Kessler, R. C., Demler, O., Walters, E., Kılıç, C., Offord, D., Üstün, T. B. y Wittchen, H. U. (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 413–426. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/57240>
- Angermeyer, M. C. y Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163–179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C. y Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417–424. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6559>
- Benjet, C., Borges, G., Stein, D. J., Méndez, E. y Medina-Mora, M. E. (2012). Epidemiology of fears and specific phobia in adolescence: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(2), 152–158. <https://doi.org/10.4088/JCP.11m07442>
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Wang, P. S., Lara, C., Berglund, P. y Walters, E. (2006). Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1371–1378. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1371>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E. y Kuwara, S. A. (2010). Social psychology of the stigma of mental illness. En J. E. Maddux y J. P. Tagney (Eds.), *Social psychological foundations of clinical psychology* (pp. 51–68). The Guilford Press.
- Corrigan, P. W. y Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, P.W., Watson, A. y Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 25(9), 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. y Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>
- Esparza, O. A., Wiebe, J. S. y Quiñones, J. (2015). Simultaneous development of a multidimensional fatalism measure in English and Spanish. *Current Psychology*, 34(4), 597–612. <https://doi.org/10.1007/s12144-014-9272-z>

- Fischer, E. H. y Farina A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: a shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 36(4), 368-373. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00547>
- Kalichman, S. C., Kelley, J. A., Morgan, M., y Rompa, D. (1997). Fatalism, current life satisfaction, and risk for HIV infection among gay and bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 542-546. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.4.542>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E. y Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labelling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400-423. <https://doi.org/10.2307/2095613>
- Lipkus, I. (1991). The construction and preliminary validation of a global belief in a just world scale and the exploratory analysis of the multidimensional belief in a just world scale. *Personality & Individual Differences*, 12(11), 1171-1178. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90081-L](https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90081-L)
- Maercker, A., Ben-Ezra, M., Esparza, O. A. y Augsburg, M. (2019). Fatalism as a traditional cultural belief potentially relevant to trauma sequelae: Measurement equivalence, extent and associations in six countries. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1-11. <https://doi-org.ezproxy.uacj.mx/10.1080/20008198.2019.1657371>
- Maharjan, S. y Panthee, B. (2019). Prevalence of self-stigma and its association with self-esteem among psychiatric patients in a Nepalese teaching hospital: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 347. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2344-8>
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: Características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.007>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. y Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *The British Journal of Psychiatry*, 190(6), 521-528. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025841M>
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. <http://www.aepc.es/ijchp/articulos.php?coid=English&id=256>
- Mora-Rios, J., Bautista-Aguilar, N., Natera, G. y Pedersen D. (2013). Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 36(1), 9-18. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2013.002>
- Mora-Ríos, J., Ortega-Ortega, M. y Medina-Mora, M. E. (2017). Addiction-Related Stigma and Discrimination: A Qualitative Study in Treatment Centers in Mexico City. *Substance Use & Misuse*, 52(5), 594-603. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1245744>
- Quiñones, J., Esparza, O. A. y Carrillo, I. C. (2013). *La violencia en Ciudad Juárez: Una mirada psicológica en perspectiva multifactorial*. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C. y Orozco, R. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 165-169. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.040>

- Ribeiro, W. S., Andreoli, S. B., Ferri, C. P., Prince, M. y Mari, J. J. (2009). Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), S49–S57. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462009000600003>
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G. y Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Ross, C. E., Mirowsky, J. y Cockerham, W. C. (1983). Social class, Mexican culture, and fatalism: Their effects on psychological distress. *American Journal of Community Psychology*, 11(4), 383–399. <https://doi.org/10.1007/bf00894055>
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bromet, E. J., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C.,... Scott, K. M. (2017). Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 74(5), 465–475. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>
- Subramaniam, M., Abidin, E., Picco, L., Shahwan S., Jeyagurunathan, A., Vaingankar, J. A. y Chong, S. A. (2017). Continuum beliefs and stigmatising beliefs about mental illness: Results from an Asian community survey. *British Medical Journal Open*, 7(4), 1–10. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014993>
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J. M., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H.,... Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 210(2), 119–124. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>
- Torres, L., Magnus, B. y Najar, N. (2021). Assessing the psychometric properties of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale – Short form (ATSPPH–SF) among Latino adults. *Assessment*, 28(1), 1–14. <https://doi.org/10.1177/1073191119899470>
- Williamson, A. M., Feyer, A. M., Cairns, D. y Biancotti, D. (1997). The development of a measure of safety climate: The role of safety perceptions and attitudes. *Safety Science*, 25(1), 15–27. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(97\)00020-9](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(97)00020-9)