



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

SEDE GUAYAQUIL

CAMPUS MARÍA AUXILIADORA

DESESTIGMATIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL PARA PROMOVER EL BIENESTAR INTEGRAL EN USUARIOS DE CENTRO DE SALUD

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

Licenciada en Psicología

AUTORA:

ISABELLA ARIANA VELÁSQUEZ CASTILLO

TUTOR:

MGTR. DARWIN ANDRES HIDALGO SOTOMAYOR. PHD

Guayaquil-Ecuador

2026

**CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN**

Yo, **Isabella Ariana Velásquez Castillo** con documento de identificación N°
0950843540 manifiesto que;

Soy la autora y responsable del siguiente trabajo; y, autorizo a que sin fines de lucro la
Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de
manera total o parcial el presente trabajo de titulación.

Guayaquil, 04 de febrero del año 2026

Atentamente,



Isabella Ariana Velásquez Castillo

0950843540

**CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO
DE TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

Yo, **Isabella Ariana Velásquez Castillo** con documento de identificación N° **0950843540**, expreso mi voluntad y por medio del presente documento cedo a la **Universidad Politécnica Salesiana** la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autora de la **Sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención: “Desestigmatización de la Salud Mental para promover el bienestar integral en usuarios de Centro de Salud”**, el cual ha sido desarrollado para optar por el título de: **Licenciada en Psicología**, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribo este documento en el momento que hago la entrega del trabajo final en formato digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Guayaquil, 04 de febrero del año 2026

Atentamente,



Isabella Ariana Velásquez Castillo

0950843540

CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, **Darwin Andrés Hidalgo Sotomayor** con documento de identificación N° **1205707894** docente de la **Universidad Politécnica Salesiana**, declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: **DESESTIGMATIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL PARA PROMOVER EL BIENESTAR INTEGRAL EN USUARIOS DE CENTRO DE SALUD**, realizado por **Isabella Ariana Velásquez Castillo**, con documento de identificación N° **0950843540**, obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción **Sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención** que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Guayaquil, 04 de febrero del año 2026

Atentamente,



**Psic. Cl. Darwin Andrés Hidalgo
Sotomayor, Mgtr.
1205707894**

Agradecimiento:

Quisiera expresar mi profundo y sentido agradecimiento a Dios, quien iluminó cada etapa de mi proceso de sistematización, infundiéndome fortaleza en las noches y madrugadas en las que sentía que estaba a punto de rendirme, su presencia constante me infundió fortaleza, brindándome esos impulsos firmes que me mantenían despierta para completar con éxitos este último tramo de mi recorrido universitario. Sé con absoluta certeza que él estuvo allí, transformando mi sacrificio en la gratitud que siento hoy al finalizar una nueva etapa en mi vida profesional.

Con mucho amor, también quiero extender este agradecimiento hacia mi familia, quien siempre estuvo al pendiente de mí y fueron un pilar inquebrantable de amor y fe. Gracias por su paciencia infinita durante todo este largo trayecto, por sus oraciones para que todo siempre me salga bien, y por esa fe ciega en mí que siempre tuvieron y supieron como expresármela. Ustedes formaron la profesional que soy el día de hoy y jamás encontraré todas las palabras necesarias para agradecerse los.

A mis queridos profesores, quienes pacientemente sembraron una semilla en mí y se encargaron de regarla con cada guía, cada clase y cada consejo. Gracias por sus correcciones y por su paciencia infinita ante mis interminables dudas, y especialmente gracias por esa confianza que siempre me impulsó a proponerme y lograr cosas magníficas dentro de mi formación.

Finalmente, quiero agradecer a todos los amigos que han sido parte de este proceso, que siempre fueron mis mejores cómplices, gracias por todo el tiempo compartido y por siempre recordarme que soy capaz de lograr todo lo que me propongo y hasta más. Gracias a Alex, Arianna, Narcisa y Omaly, quienes hicieron de mi estadía en la universidad una buena experiencia, y desde el

fondo de mi corazón, gracias especiales a Diego, Bruno y Adrián quienes me enseñaron que no hace falta compartir toda una vida para saber que el resto de ella no me dejarán sola.

Dedicatoria:

Esta sistematización está dedicada:

A mis abuelos paternos, Benigno y Thalia, quienes me enseñaron a rezar, hoy me enseñan lo importante que es luchar y esforzarse por lo que amas, a ustedes que no durmieron por esperar que llegue bien a mi casa.

A mi Tía Mariuxi, quien oró por mi éxito mientras escuchaba con atención todo lo que aprendía y veía en clases.

A mis abuelos maternos, Bill y Noemi, quienes me esperaban para no tener que comer sola al regreso de clase, los mismos que no podían dormir cada vez que llegaba tarde a casa.

A mi padre, Arturo, quien se preocupó siempre por mi bienestar y por saber que esté tomando las decisiones correctas, y quien pedía mi opinión de psicóloga a pesar de que recién iba a segundo semestre.

Especialmente, a mi madre, Rosa, quien escuchó cada llanto de desesperación y me abrazó siempre que lo necesité, quien se amanecía conmigo cuando hacía deberes y sabía que decir en cada momento que necesité un consejo, eres mi mayor inspiración.

Estoy feliz de saber que contaré con la presencia de cada uno de ustedes el día de la sustentación, porque este logro no es solo mío, es de todos ustedes, esto es fruto de todo su amor, paciencia y consejos, gracias por ser mi pilar, no lo habría logrado sin su apoyo incondicional, los amo a todos.

Resumen

El presente trabajo se centra en sistematizar la experiencia de desestigmatizar la salud mental, mediante un enfoque cognitivo-conductual para promover el bienestar integral de usuarios de centro de salud de Guayaquil, Ecuador, durante el periodo comprendido entre mayo a agosto del 2025. El objetivo está dirigido a documentar y analizar los procesos de estigma que actúan como barreras al acceso de servicios psicológicos, identificando las distorsiones cognitivas persistentes y conductas evasivas para generar conocimiento sobre cómo intervenciones que incluyan reestructuración cognitiva y psicoeducación promueven el bienestar integral. Se utilizó una metodología cualitativa con un enfoque descriptivo e interpretativo, guiado por objetivos iniciales, aplicados en sesiones psicoeducativas en las salas de espera del centro de salud. Los resultados mostraron que el enfoque cognitivo-conductual permite modificar las creencias irracionales de manera efectiva, mejorando la disposición de los usuarios frente a su autocuidado. Estos conocimientos pueden aplicarse en futuras prácticas clínicas para optimizar estrategias de promoción de salud mental en atención primaria, ayudando a profesionales de la psicología a implementar módulos psicoeducativos contextualizados que fortalezcan culturas inclusivas en centros de salud de Guayaquil

Palabras clave: desestigmatizar, salud mental, promoción, bienestar integral, psicoeducación.

Abstract

This study focuses on systematizing the experience of destigmatizing mental health through a cognitive-behavioral approach to promote the overall well-being of users of a health center in Guayaquil, Ecuador, during the period from May to August 2025. The objective is to document and analyze the processes of stigma that act as barriers to access to psychological services, identifying persistent cognitive distortions and evasive behaviors to generate knowledge about how interventions that include cognitive restructuring and psychoeducation promote comprehensive well-being. A qualitative methodology with a descriptive and interpretive approach was used, guided by initial objectives, applied in psychoeducational sessions in the health center's waiting rooms. The results showed that the cognitive-behavioral approach allows irrational beliefs to be modified effectively, improving users' willingness to engage in self-care. This knowledge can be applied in future clinical practices to optimize mental health promotion strategies in primary care, helping psychology professionals to implement contextualized psychoeducational modules that strengthen inclusive cultures in health centers in Guayaquil.

Keywords: destigmatize, mental health, promotion, comprehensive well-being, psychoeducation.

Contenido

I. Datos informativos del proyecto:	1
A. Nombre de la práctica de intervención o investigación:	1
B. Nombre de la institución o grupo de investigación:	1
C. Tema que aborda la experiencia:	1
D. Localización:	1
II. Objetivo	3
Objetivo general:	3
Objetivos específicos:	3
III. Eje de la intervención o investigación:	3
IV. Organización y procesamiento de información:	22
V. Metodología:	26
VI. Preguntas clave:	29
Pregunta de inicio:	29
Preguntas interpretativas:	29
Preguntas de cierre:	29
VII. Organización y procesamiento de la información:	30
VIII. Análisis de la información:	36
IX. Justificación:	39
X. Caracterización de los beneficiarios:	42

XI. Interpretación:	45
XII. Principales logros del aprendizaje:	48
XIII. Conclusiones y recomendaciones:	52
XIV. Referencias bibliográficas:	58
XV. Anexos:	62

I. Datos informativos del proyecto:

A. Nombre de la práctica de intervención o investigación:

Sistematización de experiencias sobre la desestigmatización de la salud mental para promover el bienestar integral de los usuarios de centro de salud.

B. Nombre de la institución o grupo de investigación:

El trabajo se desarrolló en un Centro de salud de la ciudad de Guayaquil.

C. Tema que aborda la experiencia:

La experiencia a desarrollar se encuadra en el marco de la psicología clínica, cuyo núcleo está en desestigmatizar las ideas asociadas a la salud mental con el objetivo de promover el bienestar integral en los usuarios del centro de salud. Debido a la necesidad de abordar el estigma persistente que actualmente actúa como barrera principal para el acceso oportuno a servicios psicológicos. De esta manera, se generó estrategias psicoeducativas basadas en el enfoque cognitivo-conductual, adaptado al contexto ecuatoriano, para fomentar culturas de salud que prioricen el bienestar holístico de los usuarios.

D. Localización:

La experiencia que se describe en el presente trabajo se desarrolló en un centro de salud ubicado en el Sur de la Ciudad de Guayaquil, Ecuador, es un establecimiento tipo B, en la parroquia Olmedo San Alejo, entre las calles Cuenca y Noguchi, tal como se demuestra en la figura N°1.



Figura 1. Ubicación geográfica del Centro de Salud. *Tomado de Google Maps (2026)*

II. Objetivo

Objetivo general:

Fomentar la desestigmatización de la salud mental para mejorar el bienestar integral de los usuarios del Centro de Salud.

Objetivos específicos:

- Identificar el estigma existente hacia la salud mental presente en usuarios del Centro de Salud N°4.
- Implementar estrategias psicoeducativas para reducir el estigma relacionado a la salud mental y trastornos mentales.
- Impulsar la promoción y formación del autocuidado, empoderando a los pacientes y sus acompañantes.

III. Eje de la intervención o investigación:

El presente trabajo de investigación se enmarca dentro de un enfoque Cognitivo-Conductual sólido y empíricamente fundamentado, cuya base científica principal se centra en la teoría de Aaron T. Beck, ampliamente validada a través de múltiples ensayos clínicos controlados. Esta elección teórica no es casual, sino estratégica, ya que la teoría de Aaron T. Beck demuestra una aplicabilidad excepcional para la desestigmatización de la salud mental dentro de un contexto real y desafiante, como lo son las salas de espera de centros de salud públicos en Guayaquil, donde la población transita por momentos de máxima vulnerabilidad emocional sin acceso inmediato a servicios especializados. Su modelo triádico, pensamientos,

emociones, y conductas interconectadas, permite intervenciones precisas y medibles que transforman percepciones estigmatizantes en tiempo real.

La teoría Cognitiva-Conductual destaca por su enfoque estructurado y centrado en identificación sistemática y reestructuración activa de distorsiones cognitivas específicas asociadas al estigma social. Dentro el contexto ecuatoriano, estas distorsiones se manifiestan en pensamientos automáticos negativos recurrentes, mismos que etiquetan la vulnerabilidad mental como un “fracaso o debilidad personal” u otro tipo de creencias nucleares arraigadas, como que “buscar terapia es señal de locura”. La teoría cognitivo-conductual promueve cambios conductuales concretos y verificables, como una participación activa en psicoeducación grupal breve o el registro personal de pensamientos disfuncionales, lo cual permite confrontar estas creencias irracionales mediante técnicas socráticas rigurosas, como preguntas guiadas “¿Qué evidencia concreta tienes de que hablar de la ansiedad te hace débil?”, transformándolas en progresivamente en creencias adaptativas funcionales, como “reconocer que estoy estresado y buscar ayuda para controlarlo, es un acto de responsabilidad adulta”. Este proceso no solo reduce el estigma público entre los asistentes inmediatos, sino que genera adherencia sostenida a prácticas de autocuidado y fortalece los objetivos fundamentales de prevención primaria y promoción de salud mental comunitaria.

La robustez científica de la teoría cognitivo-conductual se sustenta en décadas de investigación rigurosa, incluyendo más de 500 meta-análisis que confirman su eficacia superior para reducir síntomas de ansiedad, depresión y estigma internalizado, superando consistentemente la tasa de éxito de otros enfoques alternativos, como el psicoanálisis tradicional o la terapia humanista en contextos de intervención breve. Su naturaleza orientada a objetivos,

estructurada y de corta duración, la hace particularmente idónea para entornos de bajos recursos, como los centros de salud públicos saturados, donde la enseñanza práctica de habilidades específicas, como la reestructuración cognitiva en corto tiempo, exposición gradual a temas tabú, entrenamiento en autorregistro emocional, esto empodera a los usuarios de estratos populares sin requerir infraestructura sofisticada, formación clínica extensa ni seguimiento indefinido. En Guayaquil, esta eficiencia se traduce en intervenciones escalables que aprovechan el momento natural de la ansiedad pre-consulta médica.

Para abordar integralmente la desestigmatización de la salud mental, resulta esencial revisar los conceptos fundacionales de salud mental desde diversas perspectivas teórica autorizadas, aunque el eje vertebral de esta sistematización permanece firmemente en la teoría cognitivo-conductual con base científica en la teoría de Aaron Beck, esta se integra de manera complementaria y no contradictoria de aportes de autores seminales con enfoques diversos, para así poder ofrecer una explicación integral y matizada del constructo de salud mental. Esta complementación teórica fortalece la comprensión del fenómeno al contrastar la reestructuración cognitiva con la visión preventiva, así, estos aportes eclécticos permiten una extensa y eficaz fundamentación y contextualizada al estigma, demostrando coherencia teórica y amplitud conceptual.

Esta triangulación conceptual fortalece la comprensión profunda del fenómeno estigmatizante al demostrar como la flexibilidad de la teoría cognitivo-conductual absorbe y operacionaliza aportes complementarios. Así, estos aportes teóricos eclécticos pero coherentes proporcionan una fundamentación extensa, rigurosa y culturalmente contextualizada al estigma existente, demostrando no solo amplitud conceptual sofisticado sino también coherencia

operativa práctica que posiciona esta investigación como contribución original a la psicología clínica aplicada en América Latina.

La salud mental ha sido conceptualizada de una manera progresiva y evolutiva, transitando desde perspectivas biomédicas reduccionistas, mismas que están centradas exclusivamente en desequilibrios neuroquímicos y diagnósticos psiquiátricos clasificatorios, hacia enfoques holísticos e integrales que reconocen su multidimensionalidad interconectada con factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Esta transformación epistemológica refleja un entendimiento cada vez más profundo sobre el impacto transformador que la salud mental ejerce no solo bienestar individual, permitiendo autorregulación emocional, toma de decisiones adaptativa y relaciones significativas, sino que también sobre lo colectivo, fomentando cohesión social, productividad comunitaria y resiliencia poblacional frente a adversidades estructurales como la desigualdad o el estrés urbano en contextos como Guayaquil.

Diversos autores seminales ofrecen pilares teóricos complementarios que sustentan imperiosamente la necesidad de estrategias de promoción accesible, culturalmente sensible y exenta de estigmas arraigados, tanto desde la reestructuración cognitiva de Beck para desafiar mitos estigmatizantes, hasta enfoques comunitarios que priorizan la psicoeducación en espacios cotidianos como salas de espera, democratizando así el acceso a herramientas preventivas sin requerir infraestructura especializada ni procesos terapéuticos prolongados.

Marie Jahoda fue una influyente psicóloga social austriaca, conocida por su trabajo sobre el impacto psicológico del desempleo y su modelo de salud mental ideal; Jahoda define la salud mental como un óptimo estado de funcionamiento del cerebro que va mucho más allá de la ausencia de una enfermedad, además menciona estar caracterizada por seis criterios

fundamentales, entre ellos podemos encontrar la autoaceptación y confianza, el crecimiento continuo, el equilibrio interno, la independencia y la empatía (Jahoda, 1958). Jahoda destaca que dichos indicadores permiten que se evalúe el bienestar psicológico de manera objetiva, promoviendo una visión proactiva de la salud mental, misma que promueve un potencial humano en lugar de solo centrarse en las patologías. El modelo integral que Jahoda emplea integra aspectos cognitivos, emocionales y sociales, resaltando a importancia de entornos facilitadores para el desarrollo de estas capacidades (Jahoda, 1958).

La perspectiva de Marie Jahoda influyó en teorías posteriores sobre el bienestar psicológico, entre ellas la teoría de la psicóloga académica estadounidense, Carol Ryff, quien es famosa por desarrollar el modelo de bienestar psicológico, Ryff menciona que la importancia de la salud mental se ve reflejada en el modelo antes mencionado, mismo donde ella se enfoca en el crecimiento personal, el propósito vital y la realización del potencial humano. Ryff destaca que una vida plena no depende solo de sentirse bien sino en funcionar correctamente como persona, esto implica que el individuo desarrolle su autonomía, crecimiento personal, establecer relaciones positivas, propósito en la vida, dominio del entorno y autoaceptación (Ryff, & Keyes, 1995).

Por otro lado, Viktor Frankl, fundador de la logoterapia, menciona que la salud mental depende de la búsqueda de un sentido en la vida a través del esfuerzo de un individuo para alcanzar metas significativas, no de la ausencia de tensión. Para Frankl, la salud mental se puede fortalecer cuando las personas encuentran un propósito que los motive a superar la adversidad. Asimismo, Frankl critica el concepto erróneo de que la salud mental implique la ausencia total de tensiones, argumentando que el hombre necesita responder al deseo de significado para

conseguir el equilibrio psicológico, para Frankl la búsqueda de este significado le proporciona al ser humano la capacidad de afrontar el sufrimiento y mantener la libertad interior en diversas adversidades, transformando el dolor en desafío significativo.

De igual manera, el historiador médico suizo influyente en la medicina social, Henry Sigerist, define la salud (incluyendo en su definición la dimensión mental) como algo positivo más allá de la ausencia de enfermedades, lo define como “una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo” (Vega-Franco, 2002., citando a Sigerist). Esta visión integral está compuesta por factores socioeconómicos, educativos y laborales como los principales para prevenir desequilibrios mentales y fomentar resiliencia colectiva. El aporte del enfoque proporcionado por Sigerist influyó en la definición de la OMS de 1946, priorizando la educación pública gratuita, las condiciones laborales dignas y acceso equitativo a servicios, reconociendo que la salud mental es inseparable del contexto social y no solo un asunto individual o médico (Sigerist, 1941).

El concepto de estigma en salud mental representa una barrera estructural, cultural y psicológica profundamente arraigada que perpetúa ciclos interminables de discriminación sistemática, exclusión social, y sufrimiento emocional evitable, impactando tanto a personas con diagnósticos formales como a aquellas que enfrentan malestar psicológico cotidiano sin llegar a crisis. Se configura como un proceso social dinámico y multifacético que degrada progresivamente la identidad individual mediante la aplicación de estereotipos negativos culturalmente disponibles, como “débil” o “impredecible”, prejuicios internalizados que fomentan separación entre “normales” y “anormales”, y acciones de exclusión activa que limitan oportunidades laborales, relaciones familiares y acceso a servicios básicos.

En contextos urbanos latinoamericanos como Guayaquil, este estigma se intensifica de manera particularmente aguda al cruzarse con valores tradicionales profundamente arraigados que exaltan la contención emocional estoica como virtud esencial del “carácter fuerte”, mientras demonizan cualquier expresión abierta de vulnerabilidad, ya sea ansiedad cotidiana por citas médicas inciertas, tristeza persistente ante responsabilidades familiares abrumadoras o estrés laboral acumulado debido a carga extrema de trabajo o, por el contrario, la ausencia de esta, como señal inequívoca de “locura”, “falta de carácter” o “debilidad”. Estas creencias culturales, transmitidas generacionalmente en barrios densos y familias extensas, convierten el malestar emocional en un tabú silencioso que se resuelve reprimiendo sus emociones al no expresarlas, o solo ignorando síntomas hasta que se escalan a crisis visibles.

Esta dinámica cultural genera evitación cultural extrema y sistemática, observable en patrones cotidianos como evitar hablar de ansiedad por temor paralizante al juicio por parte de las demás personas, incrementado por comentarios como ¿qué van a pensar si me ven angustiado por un simple problema pequeño?, rechazar invitaciones a grupos de apoyo comunitario por vergüenza pública que anticipa murmuraciones como “me van a señalar como una persona débil”, o racionalizar síntomas como “cosas normales que todo hombre supera sin quejarse”, priorizando el mantenimiento de una fachada de control emocional impecable sobre cualquier forma de alivio real o búsqueda de ayuda profesional. Esta evitación no solo aísla al individuo, sino que perpetúa un ciclo comunitario donde el sufrimiento se normaliza como inevitable, saturando después los sistemas de salud pública con casos agudos que podrían haberse prevenido mediante intervenciones tempranas y accesibles en espacios cotidianos como lo son las salas de espera de un centro de salud público.

El aislamiento resultante opera de manera silenciosa pero inexorable, agravando síntomas subyacentes mediante un círculo vicioso, ya que la soledad intensifica rumiaciones catastróficas, como “nadie más siente esto, debo ser anormal”, erosiona redes de apoyo natural, sobrecarga sistemas fisiológicos de estrés crónico, como el cortisol elevado permanente e insomnio reactivo, y perpetúa mitos culturales que bloquean la búsqueda de ayuda profesional, hasta convertir malestares manejables en crisis evitables que saturan salas de espera en centros en salud pública. Las salas de espera de centros de salud público emergen como un espacio privilegiado para interrumpir esta trayectoria, donde conversaciones grupales breves normalizan verbalizaciones estigmatizantes y demuestran que “sentir ansiedad esperando resultados es humano, no loco”.

Sus efectos trascienden lo individual para erosionar tejidos comunitarios enteros, desincentivando la búsqueda temprana de apoyo profesional, donde la mayoría prefiere “aguantar” antes que arriesgarse al “que dirán”, conllevando a la saturación del sistema de salud pública con intervenciones de emergencia costosas en lugar de prevención accesible. Las salas de espera de centros médicos emergen como espacios estratégicos para confrontar este fenómeno mediante conversaciones grupales breves que normalizan el malestar emocional cotidiano, enseñan técnicas simples de regulación mental como “cambiar pensamientos automáticos negativos” y fomentan redes informales de apoyo mutuo entre desconocidos unidos por ansiedades compartidas, transformando barreras estructurales en oportunidades concretas de empoderamiento colectivo sin requerir recursos especializados ni infraestructura adicional.

Este constructo se expande con aportes contemporáneos como el concepto de Erving Goffman, quien define el estigma como un atributo que reduce a un individuo completamente normal y completo a ser visto como una persona socialmente desvalorizada. Según Goffman, el

estigma tiene como origen la interacción social cuando la identidad actual de una persona no cumple con las expectativas de la sociedad, generando una discrepancia (Goffman, 1963).

Por otro lado, según Ingrid Vargas Huicochea de la UNAM, el estigma asociado a la salud mental está rodeado de ignorancia, prejuicio y discriminación (Vargas Huicochea, 2018), este estigma afecta directamente de manera negativa en la cotidianidad de las personas que padecen de algún trastorno mental, limitando su interacción social, oportunidades académicas, laborales, y económicas; este estigma se manifiesta en la vida diaria como una barrera para la inclusión social plena, a que genera en los individuos baja autoestima, aislamiento y rechazo, estos factores dificultan la adherencia a tratamientos.

Patrick Corrigan es un autor estadounidense experto en el estigma de la salud mental, este define el estigma como un fenómeno social que lleva a prejuicios y discriminación contra las personas con trastornos mentales, afectando su calidad de vida y generando barreras para buscar tratamientos. Según Corrigan, el estigma impide que las personas alcancen sus metas personales, por esta razón, las disuade de buscar tratamientos eficaces (Corrigan, 2022).

Norman Sartorius analiza el estigma de la enfermedad mental como un proceso social que atribuye características negativas estereotipadas a las personas que padecen de algún tipo de trastorno mental, generando a su paso discriminación que afecta en diversos contextos, como empleo, vivienda, relaciones y autoestima, perpetuándose por contacto mínimo y miedos irracionales (Sartorius, 2003).

El análisis del estigma visto como un proceso social sobra particularmente relevancia cuando al observar cómo se despliega en tiempo real entre usuarios ansiosos por resultados

médicos inciertos. Este fenómeno, que atribuye características negativas estereotipadas, como “impredecible”, “débil” o “peligroso”, a cualquier manifestación de malestar emocional cotidiano, genera discriminación inmediata que se materializa en contextos específicos del entorno urbano, como rechazo sutil al diálogo grupal por temor a ser etiquetado como “loco”, autoexclusión de dinámicas de apoyo mutuo que podrían aliviar la tensión pre-consulta, erosión progresiva de la autoestima como pensamientos automáticos negativos refuerzan el aislamiento.

La perpetuación observada durante las intervenciones confirma esta dinámica, donde el contacto mínimo entre usuarios rotatorios, mismo que está reforzado por ruido ambiental y brevedad de permanencia, esto intensifica miedos irracionales a la vulnerabilidad compartida, limitando las oportunidades de normalización que la psicoeducación precisamente busca activar. Esta cadena se rompe parcialmente cuando metáforas accesibles como “cambiar la forma en la construimos nuestros pensamientos” reestructuran distorsiones estigmatizantes en tiempo real, demostrando como intervenciones breves en espacios transitorios pueden interrumpir ciclos discriminatorios observados directamente, transformando salas de espera en escenarios de reconocimiento emocional colectivo.

Sartorius menciona que el origen del estigma surge de percepciones culturales donde la “locura” está fuertemente asociada a las posesiones demoníacas, debilidad moral o fracaso personal, evolucionando a visiones biomédicas modernas, pero reteniendo connotaciones peyorativas. Sartorius describe tres componentes: conocimiento erróneo (mitos sobre violencia), actitudes negativas (rechazo, evitación) y conductas discriminatorias (exclusión social), con un ciclo vicioso donde el estigma agrava síntomas por estrés adicional y baja adherencia terapéutica. Además, Sartorius distingue el estigma público, entendiéndose como el estigma

social o comunitario, del autoestigma, el cual es la internalización de los prejuicios que reducen la autoeficacia, destacando que estos afectan más a trastornos visibles o críticos, como la esquizofrenia o la depresión, además de que estos persisten pese a los tratamientos efectivos al etiquetar al individuo como “enfermo mental crónico” más que por el trastorno en específico (Sartorius, 2003).

Como consecuencia del estigma, Sartorius menciona que un estigma arraigado provoca aislamiento social, desempleo de hasta 80% - 90 % en casos de esquizofrenia, pobreza, institucionalización prolongada y mayor mortalidad con una tasa de suicidios de 10 – 15 casos por población general. Dentro del contexto familiar, el estigma genera “cortesía estigmática”, denominación asociada a la vergüenza u ocultamiento de algún individuo, impidiendo el apoyo. Sartorius enfatiza que la única función del estigma es causar más discapacidad que la enfermedad misma, bloqueando redes como la rehabilitación y prevención secundaria (Sartorius, 2003).

Por consiguiente, como estrategia preventiva Sartorius propone intervenciones multinivel, como educación pública para corregir mitos asociados a las enfermedades mentales, Sartorius menciona como ejemplo que el contacto con personal con trastornos mentales es mucho más efectivo que solo recibir información sobre ellos, medios responsables, evitar el sensacionalismo, formación profesional, reducir prejuicios implícitos, leyes antidiscriminatorias y campañas globales, además de que aboga por un lenguaje no estigmatizante, referirse a los pacientes como “persona con esquizofrenia” en lugar de “esquizofrénico”, y a su vez empoderar a los pacientes para combatir el autoestigma y el estigma asociado actualmente a la salud mental.

Sartorius concluye que el estigma es la principal barrera para una efectiva prevención de la salud mental, ya que esta retrasa la detección temprana, reduce la búsqueda de ayuda y perpetúa la vulnerabilidad en grupos de riesgo. Sin eliminarlo, varios tratamientos eficaces fallan en impacto poblacional, requiriendo acción coordinada para una salud mental equitativa (Sartorius, 2003).

La promoción y prevención en salud mental constituyen ejes estratégicos fundamentales para intervenir tempranamente en el cuidado del bienestar psicológico, reorientando de un modelo reactivo, centrado exclusivamente en el tratamiento de trastornos establecidos y crisis agudas que saturan los sistemas públicos, hacia uno proactivo y preventivo que identifica señales sutiles de malestar en etapas iniciales. Esta transición implica pasar de intervenciones paliativas tardía a estrategias que ayudan a fortalecer competencias protectoras, tanto individuales como colectivas, como habilidades de autorregulación emocional para usuarios, redes de apoyo mutuo en salas de espera, y capacidades comunitarias para normalizar conversaciones sobre ansiedad cotidiana sin patologizar experiencias humanas universales.

La autora Beatriz García Moratalla analiza la evolución y estado actual de la promoción y prevención de la salud mental, destacando su deficiente implantación pese al aumento de prevalencia de los trastornos mentales en la población, con un desequilibrio claro hacia el tratamiento en detrimento de la prevención (García Moratalla, 2007). Dentro de su artículo, García describe un cambio significativo en los años 80 impulsado por la NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental): de enfoques sociales a modelos centrados en factores de riesgo biológicos/genéticos y reducción de incidencia de trastornos del DSM-IV, criticando la omisión

de promoción de salud mental y los determinantes ambientales existentes. (García Moratalla, 2007).

Actualmente, la prevención primaria se enfoca en intervenciones individuales experimentales de corta duración, con escasa generalización, seguimiento largo, evaluación de costes o implantación real, especialmente mínima en atención primaria española/europea, influida por factores políticos más que científicos y con dificultades por la falta de recursos y congruencia comunitaria (García Moratalla, 2007).

Para el futuro, propone recuperar la perspectiva comunitaria/políticas públicas, identificar programas eficaces, fomentar la colaboración interdisciplinaria/internacional (salud mental – atención primaria) emplear métodos rigurosos y subprogramas realistas en crisis psicosociales para poder reconducir esta crisis crónica (García Moratalla, 2007).

Por el contrario, la representante de la Organización Panamericana de la Salud, Eva Jané-Llopis, demuestra que la promoción y prevención en salud mental son eficaces, reduciendo la incidencia de trastornos como depresión, con evidencia en el programa escolar de Clarke et al. (1995), donde uno de dos grupos de adolescentes en riesgo recibieron intervenciones cognitivas grupales, al año siguiente se dio seguimiento a estos grupos, solo el 14.5% del grupo intervenido desarrolló depresión clínica, mientras que, en el grupo sin intervención un 25.7% desarrolló depresión clínica, reduciendo la incidencia en un 43%. Por otro lado, también se realizó un estudio sobre la incidencia de la ansiedad en el programa de Dadds et al. (1997) para niños con ansiedad, a los 6 meses, el 16% del grupo experimental versus el 59% del control desarrollaron trastorno de ansiedad, reduciéndose en un 73%.

Un meta análisis de los 149 programas realizados demostró que la prevención disminuye síntomas depresivos, ansiosos de y de estrés en al menos un 25%, efecto comparable a tratamientos farmacológicos establecidos. La promoción crea condiciones para desarrollo psicológico óptimo, mientras que la prevención reduce riesgos y fortalece predicciones.

Asimismo, el Grupo de Salud Mental del PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud) enfatiza que la atención primaria de salud (APS) es el ámbito idóneo para la prevención de los trastornos mentales y promoción de la salud mental, por su elevada accesibilidad poblacional, consultas constantes de pacientes vulnerables y capacidad para detectar a tiempo problemas emocionales con peor evolución si no se abordan. Este grupo propone un enfoque biopsicosocial holístico, integrando lo psicológico/emocional como un componente tecnológico esencial, involucrando médicos, psicólogos y trabajadores sociales para promover la autonomía, reinserción social/laboral y coordinación con servicios especializados. (Buitrago Ramírez et al., 2018).

Citando de nuevo al psiquiatra y profesor Norman Sartorius en su artículo sobre “el estigma de la enfermedad mental”, aborda la prevención en salud mental principalmente en el contexto de la estigmatización como obstáculo clave para intervenciones preventivas, destacando que el estigma ligado a la enfermedad mental genera discriminación negativa, misma que limita la rehabilitación, el funcionamiento social, y la prevención primaria/secundaria de trastornos (Sartorius, 2003).

Sartorius enfatiza que la prevención primaria es posible para trastornos con patogénesis conocida como el cretinismo por deficiencia de yodo, donde intervenciones poblacionales han eliminado casi en su totalidad la enfermedad, extendiendo este concepto a salud mental,

argumentando que identificar causas etiológicas permite acciones preventivas universales, pero el estigma complica su implementación al desviar recursos del tratamiento y prevención hacia manejo reactivo (Sartorius, 2003).

En trastornos sin prevención primaria viable, Sartorius propone reducir riesgos ambientales y factores estresantes mediante políticas públicas, educación sanitaria y cambios sociales, advirtiéndoles que el estigma perpetúa vulnerabilidades al marginar a grupos de riesgo, como familias con historial psiquiátrico o comunidades desfavorecidas.

Por otra parte, para la prevención secundaria, en casos de detección temprana, Sartorius critica que el estigma retrasa la búsqueda de ayuda, prolongando la enfermedad y aumentando la discapacidad, él recomienda campañas mediáticas, correcta formación del personal sanitario y educación comunitaria para desestigmatizar síntomas iniciales, facilitando intervenciones precoces que acorten duración y gravedad (Sartorius, 2003).

En casos de enfermedad, este no se separa del estigma, por ejemplo, esquizofrenia crónica, en estos casos se aboga por intervenciones en salud pública combinadas con medidas legales contra la discriminación, mismas que actuarán como prevención terciaria al preservar los roles sociales y reducir recaídas por exclusión.

Sartorius mantiene que el núcleo preventivo se encuentra en combatir el estigma directamente, mediante la educación sanitaria para corregir los mitos existentes asociales a los trastornos y la salud mental, acción mediática responsable, entrenando al personal profesional para actitudes empáticas y contacto social positivo con afectados, el hecho de que se tomen estas medidas no solo previenen la discriminación, sino que habilitan la adherencia terapéutica y

reinserción, reduciendo la incidencia de comorbilidades y suicidios, por lo cual, él concluye que, si no se aborda el estigma asociado a la salud mental, todo tipo de prevención fallará, ya que transforma enfermedades tratables en discapacidades crónicas.

El concepto de bienestar integral en salud mental encapsula una visión holística que trasciende la ausencia de alguna patología para abarcar el equilibrio dinámico entre dimensiones físicas, emocionales, sociales, cognitivas y espirituales, configurándose como un estado óptimo de funcionamiento humano que permite autorrealización y contribución comunitaria, en sintonía con el enfoque cognitivo-conductual de esta tesis al integrar reestructuración de pensamientos disfuncionales con hábitos conductuales que fomentan resiliencia cotidiana. En el contexto latinoamericano de centro de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) contextualiza este constructo como derecho equitativo, justificando intervenciones preventivas gratuitas que desestigmatizan el cuidado mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el bienestar integral como el estado completo de bienestar: físico, mental y social, y no simplemente como la ausencia de alguna enfermedad o dolencia. Según la OMS, la salud es un estado mental de bienestar absoluto, mismo que influye en la manera de pensar, sentir, interactuar socialmente, por ello, fomentar, proteger y restaurar la salud mental es un tema de suma importancia para los individuos (OMS, 2025).

Se destaca que la salud mental debe trascender ampliamente el ámbito del bienestar físico y la mera ausencia de enfermedad o síntomas patológicos, posicionándose como un constructo mucho más amplio y dinámico que abarca el desarrollo humano integral, la capacidad de resiliencia ante adversidades y el cultivo de una inteligencia socioemocional madura y

adaptativa. Esta perspectiva ampliada reconoce que la salud mental no se limita a la regulación emocional individual, sino que incluye habilidades esenciales como la empatía activa en relaciones interpersonales, la toma de decisiones éticas bajo presión, la flexibilidad cognitiva para reinterpretar desafíos y la motivación intrínseca para perseguir metas significativas a lo largo del ciclo vital.

Esta comprensión transformada implica un cambio paradigmático dentro de su reconocimiento institucional, configurándola no solo como un derecho humano fundamental, muchas veces inextricable del derecho a la dignidad, la integridad personal y la no discriminación, sino que también como un campo político estratégico que demanda la formulación urgente de políticas públicas inclusivas, la garantía efectiva de equidad en el acceso a servicios psicológicos y a la defensa irrestricta de los derechos civiles de las personas con o sin diagnósticos formales. Dentro de un contexto ecuatoriano, esto se traduce en intervenciones comunitarias accesibles, como la psicoeducación en centros de salud públicos, campañas de normalización cultural de malestar emocional cotidiano, que contrarresten estigmas arraigados y posicionen la salud mental como una prioridad presupuestaria nacional.

La salud mental es reconocida como el pilar fundamental de bienestar integral, constituyéndose en un componente esencial e inseparable de la vida del ser humano, al mismo nivel que la salud física, las relaciones sociales y el proyecto de vida personal. Este reconocimiento destaca como la salud mental influye de manera directa en la forma en lo que las personas piensan, sienten y se comportan, modulando la percepción de sí mismas, de los demás y del entorno. A partir de este marco, se evidencia que una adecuada salud mental diferencia profundamente la manera en que enfrentamos los desafíos cotidianos, desde la capacidad para

resolver problemas, gestionar emociones intensas y tomar decisiones responsables, hasta la forma en que construimos vínculos significativos y sostenemos proyectos a largo plazo. De este modo, una salud mental fortalecida facilita no solo la convivencia pacífica y armoniosa en los distintos contextos en los que participamos, como la familia, el trabajo y la comunidad, sino también un desarrollo personal pleno, coherente y estructurado, donde la personas se percibe capaz de adaptarse, crecer y reconfigurar sus metas a lo largo del ciclo vital (Universidad Católica de Cuenca, 2025).

Por el contrario, cuando se trasciende una definición restringida de salud centrada únicamente en la ausencia de enfermedad, se abre paso a una comprensión más amplia e integral. Dentro de esta línea, se propone una visión de la salud que supera la idea de “no estar enfermo” y que incorpora, de manera articulada, múltiples dimensiones del ser humano, entre ellos, la dimensión cognitiva, que comprende el cómo el ser humano piensa y procesa la realidad, la afectividad y emocional, comprendido como lo que un individuo siente y expresa esos sentimientos, la dimensión motriz, que abraza el cómo nos movemos y actuamos en el mundo, la dimensión espiritual, donde el ser humano está en una constante búsqueda de sentido, valores, y propósito, y por último, la dimensión social, donde se observa la calidad de los vínculos y la pertenencia comunitaria. Todas estas dimensiones se encuentran profundamente influenciadas por el entorno biológico – sociocultural, las condiciones materiales de vida, las oportunidades de acceso a recursos y el contexto histórico en el que se desarrolla la persona, lo que permite comprender la salud como un proceso dinámico y contextualizado más que como un estado fijo. Desde esta mirada integral, el objetivo no se limita a prevenir o reducir el malestar, sino a promover un bienestar completo y una autorrealización personal que permita a cada individuo

desplegar su potencial, construir sentido en su experiencia y participar activamente en su comunidad de manera autónoma y responsable.

Si partimos desde la definición que dio la OMS en 1946 sobre la salud, donde la definió como un completo estado de bienestar físico, mental y social; el presente autor integra críticas donde considera esta definición como estática, ya que esta definición no toma en cuenta las fluctuaciones del día a día, utópica, por idealizar un estado de salud perfecto muchas veces inalcanzable, y subjetiva, ya que depende de las percepciones de cada individuo; en su lugar Valenzuela propone un modelo mucho más realista: un continuo dinamismo entre salud plena y enfermedad grave, con estados intermedios que incluyen capacidad funcional objetiva, refiriéndose a lo que el cuerpo y la mente pueden hacer efectivamente, y adaptación ecológica, tanto con su ambiente natural como social; esta evolución conceptual recorre varias etapas históricas, desde visiones biologicistas primitivas, como teorías demoníacas de posesión, la teoría humoral de Hipócrates o la teoría microbiana de Pasteur, todas con un enfoque de eliminación de patógenos, hasta enfoques holísticos contemporáneos que integran el concepto de salud como un proceso integral, enfatizando la responsabilidad individual de adoptar hábitos saludables de manera autónoma, la interdisciplinariedad, siendo esta la colaboración entre psicología de la salud, educación física y medicina preventiva (Valencia Contreras, 2026., citando a Terris, Lopez, Ramos y Sanchez).

Como se ya se ha mencionado, para Valenzuela, en el núcleo del bienestar integral existen componentes clave que lo hacen operable, como el bienestar subjetivo, el desarrollo máximo de potenciales, y la adaptación ecológica en tres niveles (biológica, mental y social) y una afectividad subyacente que impregna todo. Valenzuela vincula esto a una calidad de vida

bipolar (vida positiva vs vida negativa) manifestada en dimensiones biopsicosociales. Frente a los retos que enfrenta un individuo dentro de la sociedad, como el estrés crónico por ritmos acelerados de vida o alienación por aislamiento social, Valenzuela aboga por estrategias proactivas como la autorresponsabilidad, la promoción comunitaria, y estilos de vida que contrarresten estos factores, logrando así un bienestar sostenible y no reactivo.

IV. Organización y procesamiento de información:

Durante mi experiencia dentro del Centro de Salud público, ubicado en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, tuve la oportunidad de sumergirme en el ámbito de la atención psicológica orientada a la comunidad asistente, en un entorno dinámico donde la salud mental se entrelaza con la atención primaria de manera integral. Como estudiante de psicología, mis prácticas dentro de este Centro de Salud se extendieron por 3 meses, bajo la supervisión de la psicóloga clínica del centro, junto a la colaboración con el equipo multidisciplinario compuesto por médicos generales, pediatras, enfermeros y trabajadores sociales.

Mi rol principal dentro del Centro de Salud consistió en dar apoyo a en la atención psicológica directa, presenciar y analizar casos clínicos variados, aplicar pruebas estandarizadas como el test de Denver dirigido a los niños menores de 6 años que acudían a consulta, o test proyectivos como persona bajo la lluvia y el test de la familia, y, sobre todo, identificar oportunidades para fortalecer la promoción de la salud mental en un contexto de recursos limitados por alta demanda poblacional, esta experiencia no solo reforzó mi competencias teóricas y técnicas, sino que a su vez me permitió confrontar la realidad que se vive en el sistema de salud público Ecuador, como la falta de agenda disponible para solicitar cita con algún especialista y la baja priorización de intervenciones preventivas en salud mental, lo cual me

impulsó a tomar iniciativa propia para generar un impacto en la mentalidad de las personas que acudían a este centro de salud.

Desde el inicio tuve la oportunidad de participar activamente en atenciones psicológicas individuales personalizadas, presenciando y colaborando en casos con diagnósticos diversos que reflejan la heterogeneidad de la población atendida en un centro de salud de primer nivel, por ejemplo, acompañé en el proceso de entrevista y diagnóstico de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, donde los pacientes manifestaban síntomas variados, como preocupación excesiva, insomnio y somatizaciones, mismos síntomas los cuales en ciertos casos se veían exacerbados por factores externos, como el factor socioeconómico como desempleo, delincuencia o violencia familiar; dentro de estas intervenciones también pude socializar técnicas variadas para prevenir o apaciguar ataques de ansiedad o pánico. También observé procesos de adaptación en adolescentes con orígenes variados, como el divorcio de sus padres, cambio de escuela/colegio, etc., estos casos me permitieron aplicar marcos teóricos como el modelo psicosocial de Engel, integrando aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Asimismo, otra actividad constante que realicé fue la aplicación de pruebas estandarizadas, lo que me brindó experiencia dentro de las evaluaciones psicométricas. Dentro de este Centro de Salud público tuve la oportunidad de realizar el test de desarrollo infantil de Denver, en al menos 3 niños por día, derivados principalmente por la pediatra de la institución, evaluando sus hitos motores, cognitivos y del lenguaje. Estos casos muchas veces revelaban retrasos leves en el correcto desarrollo de los niños, a menudo relacionados a un estilo de crianza negligente, donde los padres muchas veces desconocían el daño que causaban en sus hijos al no

proporcionarles la atención requerida a desarrollar cierto tipo de actividades para enseñarle las habilidades básicas a los niños.

Sin embargo, durante mi tiempo de prácticas pude evidenciar que gran parte de la atención psicológica se concentraba en derivaciones pediátricas, esto generaba una “sobre incidencia” infantil y una subatención en adultos y adolescentes, perpetuando un ciclo donde la salud mental se aborda solo en crisis agudas.

Por otra parte, el Centro de Salud implementaba grupos para poblaciones específicas, como adultos mayores y adolescentes, durante mis prácticas también tuve la oportunidad de participar en diversas sesiones proporcionándoles charlas sobre temas diversos, por ejemplo, con el grupo de adultos mayores brindé información sobre el manejo del duelo, prevención de depresión y estimulación cognitiva mediante dinámicas lúdicas, por el contrario, con el grupo de adolescentes, colaboré en talleres sobre autoestima, prevención de consumo de sustancias y violencia y manejo de bullying. Muchos participantes acudían esporádicamente porque estaban acostumbrados a recibir incentivos materiales en cada visita, esto resultó en una tasa de retención baja, limitando el impacto a largo plazo y evidenciando la necesidad de estrategias motivacionales adaptadas a los contextos de cada grupo.

Frente a estas barreras observadas durante mi tiempo de prácticas, tomé la iniciativa de innovar en la promoción del cuidado de la salud mental, diseñando e impartiendo charlas psicoeducativas en las salas de espera del Centro de Salud al que pertenecía, por el motivo de que este era un espacio de flujo alto en las mañanas, ya que la gente acudía temprano a realizarse todo tipo de exámenes y a recibir atención médica por parte de los especialistas del centro. Esta decisión surgió de mi análisis de las dinámicas del Centro de Salud, normalmente los pacientes

esperaban alrededor de 1 hora para recibir cualquier tipo de atención, esto representaba una oportunidad para realizar intervenciones breves sin requerir una cita formal, para esta actividad preparé una serie de charlas con diversos temas para socializar el concepto de bienestar integral, socializando que no solo la salud física es importante, sino también su salud mental, ya que muchas veces el malestar físico tiene su origen en el factor emocional, estas charlas eran impartidas en las horas pico del centro, para realizarlas utilicé materiales visuales simples, como carteles y folletos. En mis primeras intervenciones pude notar la desinformación y el estigma asociado a la salud mental, gran parte del público que recibió esta charla mencionaba no necesitar de consulta psicológica ya que ellos “no están locos”, esto llamó mi atención por lo cual combiné el enfoque de mis charlas, y además de promocionar la asistencia a terapia, me enfoqué en trabajar en la desestigmatización de la misma, rompiendo mitos e ideas erróneas asociadas a las personas que buscan atención psicológica.

Con cada charla pude notar como los pacientes se interesaban en conocer sobre los factores de la vida diaria que pueden afectar la salud mental, y como estos factores afectaban a su vez su salud física (mediante la somatización), con cada sesión había más pacientes interesados recibir información sobre la dinámica de atención a pacientes con diferentes motivos de consulta, e interesados en información sobre como separar una consulta psicológica, además de que también pude evidenciar como algunas asistentes a la charla cambiaban su manera de pensar frente a lo que significaba asistir a una sesión terapéutica, con un lema clave “asistir a terapia psicológica no es un acto de debilidad, es un acto de valentía y amor propio”.

Esta experiencia dentro de mis prácticas preprofesionales no solo consolidó mis habilidades clínicas en: evaluación, intervención grupal, coordinación interprofesional, sino que

también me enseñó lecciones clave sobre el sistema público ecuatoriano, como el poder de la psicoeducación comunitaria para la desestigmatizar la salud mental y así poder promocionar el bienestar integra, y el rol proactivo del psicólogo en la atención primaria. Me motivo a reflexionar sobre los marcos existentes para promoción de la salud, adaptándola a contextos locales, y a planificar intervenciones futuras con incentivos no materiales. En resumen, mi trabajo se enfocó en transformar una atención pasiva en acción transformadora, contribuyendo al dinamismo más equitativo en la atención psicológica del centro y reforzando mi compromiso con la salud mental accesible y preventiva en comunidades vulnerables.

V. Metodología:

Para este trabajo de sistematización se enmarca dentro de un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo, específicamente diseñado para la sistematización y análisis profundo de experiencias recolectadas durante la implementación de charlas psicoeducativas cognitivo-conductual en la sala de espera del centro de salud de Guayaquil. Este diseño metodológico responde a la naturaleza espontánea y contextual de las intervenciones, mismas que se dirigieron exclusivamente a los usuarios que encontraban presentes que esperaban ser atendidos, esto se realizó sin selección previa, capturando una población naturalmente heterogénea que transitaba por este espacio de atención primaria pública, como pacientes con citas programadas, acompañantes familiares, trabajadores informales en horas de almuerzo y personas con controles crónicos. La acción de no tener una población seleccionada previa garantizó una dinámica real con el usuario que converge diariamente en la sala de espera durante horarios típicos, donde coexisten la ansiedad pre-consulta, rotación constante y ruido ambiental característico.

El proceso estigmatizante que fundamenta esta intervención se estructura en tres niveles interconectados, según la literatura especializada, el primero está constituido por el estigma público, mismo que genera prejuicios sociales hacia trastornos mentales, luego encontramos el estigma personal o acuerdo con estos prejuicios; por último, encontramos la internalización del estigma, o mejor conocida como autoestigma, donde los individuos aplican esos juicios negativos a sí mismos (Mascayano et. Al., 2015), este autoestigma deteriora sistemáticamente la autoestima, esto a su vez reduce la motivación para buscar ayuda profesional y perpetúa conductas evitativas que comprometen el bienestar integral, manifestándose en los usuarios del centro de salud, como rechazo verbal a servicios psicológicos gratuitos, con comentarios como “eso es para locos”, posturas corporales cerradas ante menciones emocionales, o abandono prematuro de las sesiones debido a vergüenza social. Dentro del contexto ecuatoriano, estas dinámicas se agravan por creencias culturales que pueden llegar a normalizar el sufrimiento, con comentarios como “tú no sabes lo que es el estrés”, limitando gravemente la prevención primaria y detección temprana en atención básica.

Por esta razón, resulta crucial implementar estrategias de desestigmatización proactivas que operan simultáneamente en los niveles cognitivo, conductual y relacional, promoviendo la auto información sobre procesos psicológicos normales, el empoderamiento de los usuarios para que ejerzan control consciente sobre sus respuestas emocionales, y normalización grupal que legitime la vulnerabilidad como experiencia humana. Estas intervenciones buscan transformar la percepción de salud mental que presentaban los usuarios, permitiendo que las personas que presenten malestar psicológico, como ansiedad situacional, síntomas depresivos subclínicos y estrés crónico, exijan un trato digno, accedan a servicios gratuitos sin culpa y construyan redes

informales de apoyo mutuo que trasciendan el centro de salud hacia sus entornos familiares y comunitarios.

Las sesiones de psicoeducación se diseñaron siguiendo una estructura cognitivo-conductual rigurosa pero accesible, priorizando temas críticos validados empíricamente para poblaciones estigmatizadas, como reconocimiento de pensamientos automáticos disfuncionales, técnicas básicas de reestructuración cognitiva adaptadas al contexto ecuatoriano, y ejercicios conductuales simples de autocuidado. Se empleó un lenguaje práctico no coloquial combinado con recursos visuales de bajo costo, como carteles con información clave y ciclos de pensamiento, además de contener la información requerida para realizar diferentes técnicas, como respiración diafragmática, y mapas mentales de distorsiones comunes que facilitaban la comprensión inmediata de la información brindada.

Cada charla tuvo una duración de 12 a 15 minutos aproximadamente, estructurada en tres fases secuenciales, inicio, donde se identificaban distorsiones con ejemplos locales, desarrollo, el cual fue el momento utilizado para enseñar las técnicas práctica, y, por último, cierre interactivo, el cual fue dedicado exclusivamente para escuchar las preguntas y opiniones de los usuarios beneficiarios de las intervenciones, además de un refuerzo grupal positivo. Esta temporalidad respetó la realidad de la sala de espera, maximizando la atención sin generar fatiga.

Complementariamente, se implementó un sistema multimodal de refuerzo para garantizar retención más allá del momento inmediato, como distribución de guías impresas al cierre de cada intervención, flyers informativos con los teléfonos correspondientes para agendar citas psicológicas, y cartelera permanente en los pasillos. Esta estrategia integral aseguró que la psicoeducación trascendiera la intervención puntual, convirtiendo la sala de espera en un

ecosistema terapéutico distribuido que normaliza la salud mental, sin la necesidad de utilizar infraestructura sofisticada.

VI. Preguntas clave:

Pregunta de inicio:

- ¿Cómo se manifiesta el estigma hacia la salud mental en las actitudes y comportamientos observables de los usuarios que llegan a la sala de espera del centro de salud?
- ¿Qué pensamientos automáticos negativos predominan entre los asistentes durante las primeras intervenciones?
- ¿Cuál es la disposición inicial de los usuarios antes propuestas de psicoeducación grupal en espacios no terapéuticos?

Preguntas interpretativas:

- ¿De qué manera las estrategias psicoeducativas adaptadas logran reducir las creencias estigmatizantes durante las intervenciones realizada?
- ¿Qué significado estigmatizante le atribuyen los usuarios a sus propias reacciones emocionales cuando lo verbalizan por primera vez abiertamente?
- ¿Cómo evolucionan las distorsiones cognitivas estigmatizantes mediante las técnicas de reestructuración grupal en salas de espera?

Preguntas de cierre:

- ¿Qué técnicas de autocuidado son adoptadas por los usuarios espontáneamente tras las intervenciones psicoeducativas?

- ¿Cómo se transforma la percepción del estigma de la salud mental tras normalizar colectivamente los sentimientos cotidianos durante las intervenciones?
- ¿De qué manera las experiencias grupales empoderan a los usuarios para verbalizar abiertamente su malestar emocional en contextos cotidianos?

VII. Organización y procesamiento de la información:

Para el proceso de sistematización de experiencias se procedió a ordenar la información en tres fases, en las que se aplicaron herramientas simples de observación directa para trabajar con los usuarios de los centros de salud de Guayaquil.

Primera fase: en esta primera parte se llevó a cabo la gestión administrativa de la experiencia; se realizó un acta donde se autoriza las actividades que iba a realizar dentro del centro de salud, dentro de estas se encontraba las sesiones de psicoeducación impartidas en la sala de espera. En estas sesiones breves, al inicio de estas actividades se visualizaba poca atención por parte de los usuarios, usualmente desviaban la mirada o se distraían fácilmente con su entorno, sin embargo, se implementó una forma distinta de abordar la información, se utilizó lenguaje más coloquial y ejemplos prácticos con situaciones de la vida diaria para un mejor entendimiento del contenido teórico, luego de realizar este ajuste en la práctica, se observó un interés inicial por parte de los beneficiarios, manifestado en gestos de atención como contacto visual y cabeceos afirmativos. A través de la observación directa y diálogos espontáneos, se identificó la problemática prevalente del estigma hacia la salud mental, vinculada a prejuicios culturales locales como “la terapia solo es para locos”, en caso de los adultos con hijos mencionaron que “los adolescentes no están deprimidos, están desocupados”, gran parte de los asistentes mantenían ideas parecidas asociadas a los trastornos y a la acción de simplemente

pedir ayuda; percatarme de las ideas irracionales hacia la acción de acudir a terapia debido a un malestar me permitió enfocar las temáticas de mis próximas intervenciones en distorsiones cognitivas comunes, y centrar el eje de mi proyecto en reestructurar la cognición de los participantes, explicarles términos como bienestar integral, para que puedan reconocer la importancia de preocuparse por su salud mental.

Segunda fase: luego de identificar estos factores estigmatizantes, como la tendencia cultural de evitar hablar de lo que sientes, a través de la observación inicial, se implementaron estrategias de psicoeducación centradas en técnicas cognitivo-conductual de Aaron Beck para poder modificar estos pensamientos negativos existentes y promover conductas de autocuidado en tiempo real. Estas sesiones, fueron realizadas de forma regular en el flujo natural de la sala de espera del centro de salud durante los horarios de mayor afluencia (alrededor de las 8:00 a 10:00 de la mañana), se diseñaron micro-intervenciones de 10 a 15 minutos donde se abordaron temas críticos como el reconocimiento de pensamientos automáticos explicado con ejemplos cotidianos como la instrucción de la “voz interna” esa que siempre genera frases como “es mi culpa que suceda tal situación” invitando a los participantes a reconocer cuando esa “voz” aparece como un pensamiento intrusivo que intenta hacerle daño, otro tema abordado fue la reestructuración cognitiva de mitos estigmatizantes enseñando técnicas simples para que los usuarios puedan usarlas en su vida diaria y reconozcan cuando se trata de un mito estigmatizante y logren poder enfocarse en las cosas que pueden controlar, y por último, también se habló sobre los hábitos simples para mantener un bienestar holístico como practicar ejercicios de respiración cuando se encuentren frente algún factor de riesgo. La metodología incluyó no solo exposición de conceptos clave, sino que se incorporó dinámicas de interacción con el público adaptado al espacio disponible (sala de espera), para esto se abrieron espacios informales al final de cada

interacción donde los usuarios intercambiaban comentarios breves. Esta fase resultó crucial para poder reducir el estigma asociado a la salud mental, ya que fomentaba la normalización de poder verbalizar las emociones dentro de un entorno público, sembrando redes de apoyo imprevistas entre desconocidos que muchas veces coincidían en el mismo malestar psíquico.

Además, cada sesión se ajustó dependiendo de la retroalimentación no verbal inmediata, si visualizaba mucha más atención en temas como riesgos cotidianos que afectan directamente a la salud mental, se priorizaba este tipo de información para una siguiente intervención, asegurando flexibilidad en los temas brindados. Esta actividad validó la viabilidad de intervenciones cognitivo-conductual en espacios no clínicos y con recursos mínimos, demostrando que intervenciones breves de psicoeducación se convierte en una oportunidad terapéutica natural y efectiva para promover el bienestar integral y un acceso libre y sin prejuicios a la salud mental.

Tercera fase: en esta fase final del proyecto, se profundizó en las observaciones directas realizadas a los usuarios que mostraban mayor resistencia o interés sostenido, ofreciendo aclaraciones personalizadas breves posterior a la psicoeducación. La elección de estos grupos emergió orgánicamente de la observación realizada en las intervenciones previas, priorizando casos donde el potencial del enfoque cognitivo-conductual era más eficaz según la teoría de Aaron Beck, la resistencia visto como una sobregeneralizaciones requiere de refuerzo socrático puntual, mientras que, el interés sostenido reflejaba una eficiente activación de esquemas adaptativos que merecían consolidación conductual.

Dentro de cada intervención, siempre existía un grupo reducido que se mostraba muy interesados en conocer un poco más sobre cómo aplicar de manera correcta las técnicas

explicadas en su vida diaria, generando momentos de escucha activa adaptadas al contexto de la intervención, por ejemplo, una madre de familia mostraba extrema preocupación sobre su hijo, ya que mencionaba que este se encontraba en “malos pasos”, en este caso aprendimos a diferenciar de un pensamiento catastrófico a una preocupación realista mediante preguntas guiadas; este tipo de intercambio función como una micro-sesión de refuerzo conductual, traduciendo conceptos abstractos en estrategias personalizadas observables.

Esta etapa cerró el ciclo de esta intervención mediante tres mecanismos clave alineados al enfoque de este trabajo, primero tenemos la consolidación de todo lo aprendido para las personas que expresaron una mayor carga estigmatizante, en estos casos se dio soporte inmediato para cuestionar los prejuicios específicos que presentaba, segundo, las semillas conductuales para el autocuidado, mediante tareas verbales simples que puedes realizar en su vida diaria, y, por último, refuerzo social indirecto al normalizar el poder verbalizar emociones frente a otros usuarios presentes.

Para poder garantizar un mejor entendimiento y una retención duradera de los conceptos impartidos durante las intervenciones psicoeducativas en la sala de espera del centro de salud, y poder superar las limitaciones inherentes debido al corto tiempo de cada intervención, al entorno ruidoso, distractor y con alto índice de rotación, se complementaba la exposición verbal con una estrategia visual de materiales de apoyo, misma que está diseñada específicamente para reforzar la técnica de reestructuración cognitiva, misma que menciona el autor en el que está basada este trabajo de sistematización, Aaron Beck; mediante el material visual podemos promover la aplicación práctica en la vida diaria de los usuarios del centro de salud.

Esta aproximación se fundamentó en uno de las estrategias del enfoque cognitivo-conductual de repetición espaciada y refuerzo ambiental para que de esta manera se pueda contrarrestar el autoestigma persistente identificado por el autor Mascayano, asegurando que los usuarios tengan la posibilidad de practicar de manera activa la identificación y modificación los pensamientos automáticos más allá del momento de la intervención.

Uno de los materiales era una guía impresa de referencia inmediata, al finalizar cada intervención se repartía esta guía sintetizada, esta tenía un formato de un libro pequeño, con un lenguaje coloquial para un mejor entendimiento de la información proporcionada, esta guía condensa los pilares principales de cada intervención, como la identificación de pensamientos automáticos con ejemplos locales “¿tu mente dice “soy débil por querer buscar ayudar”?”, técnicas de reestructuración en pasos rápidos y simples para promover el uso de las mismas, y ejercicios conductuales como respiración diafragmática. Estas guías impresas incluían códigos QR vinculados a videos con ejemplos de cómo realizar las técnicas de manera correcta, esto facilitando accesibilidad digital básica. Su distribución fue de 1 guía por persona interesada, esto generó aceptación observable, ya que las personas que la recibían lo hacían con gestos afirmativos, funcionando como un ancla conductual portátil que extendía esta práctica cognitivo-conductual hacia el hogar de los beneficiarios.

Paralelamente, se empleó material visual concreto y de bajo costo para hacer visible los conceptos que serían proporcionados durante la intervención; se utilizaron carteles con conceptos e ilustraciones clave, utilizados para una señalización activa, facilitando la comprensión inmediata y funcionando como estímulos conductuales condicionados donde asociaban las imágenes a las técnicas aprendidas.

Por consiguiente, fuera del horario principal de las intervenciones psicoeducativas, se implementó una sensibilización pasiva, donde se utilizó flyers, pequeña hoja de papel que se utiliza como publicidad directa, en distintos lugares alrededor del centro de salud; este flyer contenía conceptos clave llamativos para llamar la rápida atención del usuario, teléfono directo del centro de salud con la extensión correspondiente para recibir ayuda psicológica, y frases reforzadoras.

Además, estratégicamente se colocaron alrededor del centro de salud tips de salud mental en formato tarjeta y volantes informativos permanentes, en estos se promovía la atención psicológica, haciéndola más visible al público. Esta cartelera creó un ecosistema visual de apoyo que normalizaba hablar abiertamente sobre la salud mental y que es válido pedir ayuda.

Esta estrategia multimodal constituida por todos los materiales anteriormente mencionados, guías portátiles, material visual interactivo, flyers complementarios, cartelera permanente, transformó completamente la sala de espera en un espacio terapéutico distribuido, asegurando que la psicoeducación cognitivo-conductual impartida, trascendiera de un corto momento grupal hacia un refuerzo ambiental continuo, empoderando a los usuarios el autoestigma mediante herramientas concretas y accesibles, sin una estructura sofisticada, con potencial escala a cualquier centro de salud con un flujo similar de usuarios.

VIII. Análisis de la información:

El presente análisis de la información recolectada durante mis prácticas preprofesionales adopta un enfoque cognitivo-conductual fundamentado en la teoría de Aaron Beck, integrando observaciones empíricas del centro de salud de Guayaquil, con una lectura reflexiva inmediata post-sesión. El marco teórico de este trabajo permite interpretar de manera profunda como el estigma asociado a la salud mental perpetúa barreras preventivas, mientras que las distorsiones cognitivas como “pedir ayuda es signo de debilidad” o “no tienes depresión solo estás desocupado” generan una constante evitación conductual proactiva en usuarios de sala de espera. Las intervenciones psicoeducativas que realicé en sala de espera, emergen como una reestructuración cognitiva de Beck aplicada en tiempo real, desafiando los pensamientos automáticos negativos mediante psicoeducación breve que transforma el silencio en curiosidad activa y apertura emocional espontánea.

Dado a que dentro de mi experiencia para realizar este proyecto no se emplearon instrumentos formales como encuestas, grabaciones, diarios de campo ni escalas estandarizadas, el análisis se basó exclusivamente en la observación directa y la memoria reflexiva y estructurada del investigador. Esta herramienta principal permitió captar secuencias conductuales auténticas sin alterar el flujo natural de los usuarios; se pudo evidenciar desde el escepticismo inicial con acciones como brazos cruzados, miradas evasivas durante la explicación de los temas a tratar, hasta el engagement evidenciados mediante cabeceos afirmativos y atención sostenida, y por último la participación final con preguntas realizadas por los usuarios presentes. La interpretación se guio por el modelo tríadico de Beck (pensamientos – emociones – conductas) calificando mentalmente cada reacción de distorsiones específicas y midiendo cambios observables como reducción de evitación postural o aumento de contacto visual sostenido.

La categorización por fases dentro de cada sesión funcionó como primer instrumento analítico intuitivo, dividiendo el proceso en inicio, donde las personas aún llegaban desconfiadas, cruzaban los brazos, miraban el celular o se distraían con las cosas de su entorno, en el desarrollo empezaron a conectar, se veían acciones por parte de los asistentes como asentir la cabeza o prestar atención real cuando se daba ejemplos de la vida cotidiana, y por último, el cierre donde mostraban más interés por la información brindada. Esta estructura se interpretó desde el modelo de Aaron Beck donde se pudo identificar los pensamientos disfuncionales, después de cada intervención contaba mentalmente la reacción de los participantes para encontrar los patrones reales en las reacciones instantáneas de los usuarios, de esta manera notaba que temas eran de mayor interés, sin la necesidad de número exactos ni papeles.

Como segundo instrumento, se hizo uso de una matriz mental diaria que tuvo la función de ser una tabla organizada en mi mente que armaba todos los días después de las charlas, dividiendo lo que observé en cuatro columnas simples basadas en las Aaron Beck sobre los errores del pensamiento. La primera columna hablaba sobre “que vi exactamente” (descripción fenomenológica), como “adolescente se distrajo cuando explicaba los conceptos con palabras técnicas”, la segunda columna correspondía a la distorsión cognitiva, por ejemplo; pensar que asistir a terapia es para “locos”, la tercera columna era sobre la reestructuración aplicada, pasando de los resultados de las primeras intervenciones, obteniendo interés bajo, hasta los últimos resultados, donde se obtuvo un interés alto. Esta organización me permitió encontrar y analizar los patrones claros del lenguaje no verbal de cada usuario.

El análisis narrativo secuencial contempló esto como tercer instrumento, agrupando todo lo obtenido en cada charla como una historia con inicio, desarrollo y cierre, para de esta manera

poder evidenciar un cambio real a lo largo de mi proyecto; al inicio se observó un grupo disperso distrayéndose con su ambiente mientras se explicaban los conceptos de la intervención, durante el desarrollo con cabeceos afirmativos, y cierre con la reciprocidad emocional. Bajo el enfoque de Aaron Beck, las historias que contaban los usuarios durante las intervenciones median la existencia de algún cambio negativo a positivo en su esquema mental, conectándolas con el contexto de la sala de espera donde se podía enseñar técnicas conductuales.

Para una mayor profundidad, se hizo seguimiento a los usuarios del grupo de adultos mayores, grupo con el cual tuve oportunidad de extender algunas intervenciones de psicoeducación, esto con el fin de medir el alcance de mi proyecto, muchos de los usuarios mencionaban practicar constantemente las técnicas brindadas. Estas evoluciones generaron categorías como apertura incidental, donde ellos se abrían a comentar su experiencia sin la necesidad de presionarlos. Este seguimiento informal validó que las técnicas de Beck funcionan incluso sin tareas formales, solo con repetición natural.

Finalmente, todo se conectó en una síntesis global como un mapa mental completo donde prioricé lo más repetido, como la eficacia de la reestructuración, donde se evidenció que gran parte de los asistentes mostraron apertura cuando se hizo uso de ejemplos locales y sin uso de un lenguaje formal, también se puso evidenciar el potencial de realizar micro-intervenciones, ya que durante todo el proyecto estas funcionaron de manera eficaz sin lujos ni logística, por último, también se encontró las limitaciones de este formato, a pesar de que se obtuvieron resultados positivos durante las intervenciones como una mayor retención de la atención, hubieron limitantes como la alta rotación de gente debido a que el espacio donde se realizaban era muy efímero, esto impedía conversaciones profundas con los usuarios, además de una limitación al no

poder hacer un correcto seguimiento de casos. Esta forma de analizar demostró que una observación directa realizada de una forma correcta puede generar conocimiento real y útil para lograr desestigmatizar la salud mental en lugares como un centro de salud en Guayaquil, convirtiendo estas salas de espera en espacios donde enseñar técnicas cognitivo-conductual es natural debido a que es un lugar con alto índice de estrés e incertidumbre.

IX. Justificación:

La salud mental constituye una parte fundamental del bienestar integral de las personas, abarcando no solo la ausencia de trastornos psicológicos sino también la capacidad que tiene una persona para manejar el estrés y la ansiedad cotidiana producidos por factores externos, mantener relaciones sanas y satisfactorias y tomar decisiones conscientes que promuevan una vida plena. Sin embargo, actualmente perpetua un estigma social arraigado que genera prejuicios, discriminación y barreras al acceso libre a los servicios de atención psicológica, manifestándose de distintas formas, entre ellas, actitudes despectivas hacia quienes experimentan ansiedad, estrés y depresión, y una percepción generalizada de que buscar ayuda profesional equivale a un signo de debilidad o falta de control. Este fenómeno no es exclusivamente individual, sino colectivo, ya que este perpetua ciclos de sufrimiento silencioso donde las personas prefieren ocultar su malestar antes que enfrentar rechazo por parte de la sociedad, amigos o familia.

Dentro del contexto ecuatoriano, esta situación se ha agravado debido a una combinación de factores culturales, como la falta de campañas masivas de sensibilización, creencias erróneas, que muchas veces tienden a ser heredadas, como “los problemas emocionales se resuelven con fe o con tiempo” o muchas veces en casos de crianza en hombre “los hombres no lloran, mostrar

sentimientos es cosa de mujeres”, y un juicio social que prioriza la imagen de una persona resiliente sobre la vulnerabilidad emocional. Estudios locales revelan que solo un porcentaje mínimo de la población acude a servicios psicológicos a pesar de altos índices de problemas como ansiedad, depresión, entre otros relacionados con el ritmo urbano, precariedad económica y dinámicas familiares extensas, lo que repercute directamente en una búsqueda tardía de ayuda profesional y baja adherencia a tratamientos.

Dentro del centro de salud donde se realizó este proyecto se ha identificado que muchos usuarios presentan resistencia frente a intervenciones psicológicas, además de mencionar la dificultad para acceder a las mismas, como listas de espera prolongadas o desconocimiento de protocolos. Lo anteriormente mencionado limita gravemente la prevención, detección temprana de problemas crónicos, como el estrés, o síntomas depresivos, y el abordaje integral que constituyen la salud física y mental de los individuos, perpetuando un modelo asistencial fragmentado, donde cada usuario permanece atrapado dentro de sus conductas evitativas, mismas que comprometen su calidad de vida, relaciones interpersonales y productividad diaria.

Por esta razón, resulta no pertinente sino urgente implementar estrategias para desestigmatizar la salud mental, para transformar actitudes negativas en una cultura de respeto, información y actitud positiva frente al cuidado de la salud mental. Estas acciones deben promover la normalización de experiencias psicológicas comunes, como sentir ansiedad frente a una carga grande responsabilidades, o sentir tristeza frente al fallecimiento de un familiar o de una persona importante en la vida de un individuo, esto se puede lograr empoderando a los usuarios para reconocer sus pensamientos automáticos disfuncionales, brindar información y practicar técnicas de autocuidado brindadas por el enfoque cognitivo-conductual y aprovechar de

los servicios psicológicos brindados sin temor de los prejuicios de los demás. En este sentido, las salas de espera se convierten en un espacio privilegiado de intervención natural, donde la ansiedad pre-consulta genera receptividad espontánea frente las intervenciones de las sesiones psicoeducativas breves y accesibles.

La siguiente investigación busca fundamentar de manera teórica y empírica la importancia de reducir el estigma asociado a la salud mental, mediante el uso de acciones psicoeducativas para contribuir a fortalecer el bienestar integral de los usuarios efímeros de la sala de espera del centro de salud. A diferencia de otros enfoques tradicionales que requieren una estructura especializada, esta propuesta aprovecha el flujo cotidiano de la atención primaria para ofrecer micro-intervenciones cognitivo-conductuales inspirados en Aaron Beck, que desafían muchas de las ideas con las que acuden los usuarios, como “pedir ayuda es un fracaso”, y por consiguiente fomentar conductas proactivas de autocuidado.

Con este trabajo de sistematización se ofrece una propuesta concreta de intervención frente a una problemática actualmente presente que afecta no solo al centro de salud donde se implementó este proyecto, sino también al resto de persona que mantienen ideas similares asociadas al concepto de salud mental y la acción de pedir ayudar para afrontar los problemas que se presenten en su vida diaria, priorizando la salud mental como un derecho unánime y accesible para todos los seres humanos, con potencial para ser replicado en diferentes centros de salud ecuatorianos, donde convergen las mismas barreras culturales e institucionales, sentando junto con este proyecto las bases para una eficaz promoción de salud, donde se integre el concepto de la salud mental como parte de un bienestar ideal el cual todas las personas deben de alcanzar de manera sostenible.

X. Caracterización de los beneficiarios:

Las características de los beneficiarios en este trabajo se dirigieron principalmente a usuarios de diferentes edades de un centro de salud público de Guayaquil que esperaban ser atendido en la sala de espera del establecimiento en el horario de mayor afluencia, un grupo naturalmente heterogéneo compuesto por personas de estratos económicos medio - bajos, que incluían amas de casa con responsabilidades familiares extensas, trabajadores informales, estudiantes que acudían por consulta personal o acompañando a algún familiar, pacientes que acudían a realizarse exámenes varios, jubilados con citas médicas para llevar un control, y pacientes con enfermedades más comunes. La diversidad etaria abarcó aproximadamente desde los 12 hasta los 65 años, con predominio de adultos en una edad laboral, entre los 30 y 55 años, reflejando fielmente la demografía típica de los centros de salud pública, donde convergen expectativas médicas, preocupaciones económicas y cargas familiares simultáneas.

Este colectivo representa el contexto sociocultural donde el estigma asociado a la salud mental es particularmente prevalente en Guayaquil, dentro de este estigma encontramos actitudes evitativas profundamente arraigadas, como guardar silencio frente a temas de ansiedad, prejuicios culturales que asocian la acción de pedir ayuda psicológica con “debilidad personal” y barreras prácticas reales como desconocimiento de servicios gratuitos o vergüenza familiar por “contar sus problemas a todo el mundo”. La sala de espera como el espacio utilizado funcionó de manera positiva dentro de la dinámica de intervención, donde los usuarios que muchas veces estaban distraídos inicialmente por los celulares o por conversaciones paralelas, los usuarios naturalmente transitaban de manera gradual presentaban mayor apertura cuando las intervenciones conectaban con sus realidades inmediatas.

La respuesta hacia las actividades de psicoeducación cognitivo-conductual fue potencialmente positiva en términos de participación espontánea y cooperación, esto se calificó por la consistencia de indicadores observables espontáneos en un entorno desafiante, donde la mayor limitación fue debido a la desafiante alta rotación de usuarios y ruido ambiental constante. Por otro lado, se observó un alto nivel de reducción progresiva en el uso de celulares, sincronía gestual hacia la información brindada dentro de la intervención, y permanencia voluntaria más allá del cierre programado de cada psicoeducación. La cooperación de todos los participantes se evidenció claramente en gestos no verbales, como contacto visual sostenido que reemplazaba la mirada evasiva de un inicio, cabeceos afirmativos rítmicos durante explicaciones de reestructuración cognitiva y participación activa en intercambios finales donde de 2 a 3 usuarios por sesión formulaban preguntas concretas o compartían experiencias breves.

Como consecuencia directa de estas intervenciones, la mayoría de los beneficiarios lograron avances concretos y notables en habilidades prácticas de la teoría cognitiva-conductual de Aaron Beck, desarrollando habilidades que trascendieron la sesión inmediata hacia su vida cotidiana, tales como el reconocimiento inicial de pensamientos automáticos negativos, identificando específicamente creencias estigmatizantes como “la terapia es solo para locos” o “la depresión es solo para gente desocupada”, estas ideas fueron verbalizadas espontáneamente durante cierres dialógicos; también tuvieron la oportunidad de aprender la aplicación básica de técnicas de reestructuración para desafiar estos mitos estigmatizantes, pasando de aceptación pasiva de pensamientos disfuncionales a preguntas socráticas autoinducidas como “esta bien reconocer que no siempre puedo con todo yo solo” o “ hablar de mis problemas no me hace débil”, y por último, los usuarios pudieron adoptar conductas de autocuidado simples pero

efectivas, como respiración diafragmática, registro mental donde describían y reconocían sus emociones, y normalización verbal de experiencias comunes.

Estos desarrollos se manifestaron en acciones observables claros, como una mayor apertura verbal sobre la salud mental, reducción visible de conductas evitativas, como cambios en su postura donde denotan aburrimiento o falta de interés, y también disposición para recomendar las sesiones a otros usuarios, estos cambios fortalecieron las redes informales de apoyo mutuo, y promovieron el bienestar integral en distintos entornos familiares y comunitarios.

Dentro de los elementos útiles para trabajos similares futuros incluyen la viabilidad de micro-intervenciones en sala de espera sin requerir infraestructura especial, el poder transformador de psicoeducación breve centrada en distorsiones culturales de Guayaquil, como estrés urbano o prejuicios machistas, y la importancia de finalizar con espacios abiertos al diálogo informal para generar redes de apoyo mutuo. Para prácticas de investigación, estos hallazgos destacan la efectividad de la observación participante sin intrusiones con una metodología cualitativa en contextos reales, aportando conocimientos sobre la receptividad espontánea frente a un enfoque cognitivo-conductual y se recomienda a futuros practicantes interesados en un tema similar, priorizar las temáticas contextualizadas, realizar sesiones de hasta 10 a 15 minutos y cerrar con un refuerzo positivo para de esta manera maximizar el impacto en poblaciones con barreras estigmatizantes.

XI. Interpretación:

La interpretación de esta experiencia de intervención cualitativa revela de manera clara como la psicoeducación cognitivo-conductual en salas de espera de centros de salud de Guayaquil se cruza directamente con el contexto histórico-cultural de una ciudad marcada por los altos niveles de estrés urbano generado por tráfico caótico, la inseguridad que actualmente enfrenta el país o por responsabilidades familiares complicadas, junto con una desigualdad socioeconómica que limita el acceso equitativo a servicios equitativos a servicios especializados. Este entorno fomenta un estigma tradicional profundamente arraigado hacia la salud mental, donde expresiones como “locura” o “debilidad” persisten en la cotidianeidad del pensamiento popular, alimentadas por una combinación de falta crónica de información, estereotipos culturales heredados arraigados, miedo intenso al juicio social, y una tendencia generalizada a no mostrar vulnerabilidad por temor a perder estatus familiar o laboral; esta práctica se relacionó directamente con instituciones de atención primaria con alto índice de afluencia, donde las salas de espera funcionan como verdaderos epicentros de malestar psíquico colectivo, como ansiedad por recibir algún resultado médico alarmante, tensión notable, y estrategias evitativas aprendidas para protegerse emocionalmente de alguna mala noticia que puedan “golpearlos” emocionalmente.

Los sentidos generados por la experiencia fueron genuinamente reveladores y transformadores, ya que los usuarios transitaron de conductas evitativas iniciales, como evitar escuchar la charla, posturas corporales completamente cerradas o muestras visibles de desinterés desviando la mirada, hacia expresiones de reconocimiento personal que desafiaron el estigma fuerte hacia la salud mental, donde se piensa que “los problemas emocionales se arreglan rezando” o “hablar de depresión es hacerse la víctima”. Sin embargo, esta experiencia no estuvo

exenta de obstáculos significativos que enriquecieron su análisis reflexivo, como el ruido natural existente en la sala de espera, como conversaciones simultáneas, llantos infantiles y llamadas telefónicas, paradójicamente esto permitió realizar charlas íntimas cortas, además de traducir los conceptos técnicos complejos como “reestructuración cognitiva” el cual requirió metáforas accesibles como “reprogramar el diálogo interno automático”, haciendo comprensible la teoría de Aaron Beck para estratos populares, como una alta rotación poblacional, la cual impidió un seguimiento longitudinal estructurado, aunque permitió observar patrones evolutivos de los usuarios. A pesar de estas limitaciones, el proyecto logró normalizar tener conversaciones abiertamente sobre salud mental en tiempo real, promover prácticas de autocuidado conductual, y sembrar redes informales de apoyo mutuo entre desconocidos, unidos temporalmente por compartir su vulnerabilidad.

Los elementos clave que potenciaron esta experiencia se identifican con precisión en tres factores clave, en primera instancia de temáticas, encontramos la relevancia cultural, como “preocupaciones familiares”, “estrés debido a diferentes situaciones desarrolladas durante el día” o “ansiedad generadas por factores externos”, esto generó interés desde los primeros minutos de la intervención, por otro lado, encontramos la duración óptima de sesiones breve, manteniendo las charlas en 10 a 15 minutos respetó la realidad atencional de los usuarios que se encontraban en sala de espera sin la necesidad de generar fatiga cognitiva, y por último, culminar las intervenciones con un cierre interactivo basado en preguntas abiertas, esto ayudó a fomentar reciprocidad emocional genuina y refuerzo natural entre participantes. Por contraste, las barreras principales incluyeron fueron el ruido ambiental constante que competía constantemente por atención, la rotación de los usuarios beneficiarios de las charlas que fragmentaba continuidad

grupal, y la notable ausencia de involucramiento activo del personal médico, cuya participación podría haber multiplicado legitimidad institucional.

Como practicante en formación, esta vivencia generó aprendizajes teóricos y metodológicos profundos que constituyeron un cambio significativo en mi comprensión profesional, validé la flexibilidad, de una manera teórica, desde un enfoque cognitivo-conductual para entornos no terapéuticos formales, como consultorios, citas programadas y pacientes activamente motivados demostrando su eficacia para dismantelar mitos culturales, sin requerir una infraestructura especializada en el tipo de intervenciones realizadas. Metodológicamente, confirmé la potencia generativa de la observación directa sistemática como una fuente auténtica de conocimiento cualitativo, donde la memoria reflexiva estructurada capta matices conductuales con fidelidad superior a instrumentos formales en contextos transitorios.

El principal aporte al grupo beneficiario fue romper definitivamente el concepto tabú asociado a la salud mental en espacios cotidianos, transformando la sala de espera de un lugar de ansiedad silenciosa a un escenario de empoderamiento colectivo. Este proyecto produjo saberes prácticos de implementación inmediata para futuras intervenciones que privilegien lo contextual-relacional, como los temas familiares resonantes, lenguaje coloquial y validación grupal, por sobre los protocolos rígidos importados, enriqueciendo significativamente la psicología aplicada al contexto ecuatoriano, donde un grupo considerable de la población no accederá nunca a terapia privada tradicional, pero sí transitará inevitablemente por salas de espera municipales convertibles en espacios terapéuticos oportunos y accesibles.

XII. Principales logros del aprendizaje:

Las principales lecciones aprendidas durante esta experiencia fueron múltiples y enriquecedoras, la primera enseñanza fue, que la psicoeducación desde el enfoque cognitivo-conductual funciona de una manera positiva en lugares cotidianos, como en salas de espera de un centro de salud, sin necesidad de estar dentro de una oficina, consultorios privados, infraestructura especializada o en una cita formal, esto rompe el mito de que las intervenciones psicológicas solo son efectivas dentro de un entorno clínico formal. Mi segunda enseñanza está relacionada al descubrimiento de que la gente de Guayaquil responde rápido cuando dentro de las intervenciones se aborda problemas reales y concretos de su vida diaria, como la ansiedad, el estrés o preocupación constante debido a problemas graves de salud, hablar sobre estos temas cotidianos incrementó la retención mucho en lugar de utilizar solo conceptos teóricos abstractos. Finalmente, aprendí que muchas veces la observación directa y atenta a los gestos de los usuarios, como miradas y lenguaje no verbal me revelaron cambios emocionales mucho más veraces que cualquier encuesta estructurada, especialmente en contextos donde muchas veces las personas no tienen tiempo ni disposición para responder a un cuestionario.

Mi formación académica dentro de la carrera de psicología me brindó una nueva perspectiva para poder comprender esta experiencia desde un enfoque práctico, donde mis conocimientos teóricos sobre el modelo cognitivo-conductual de Aaron Beck me permitió identificar en tiempo real las distorsiones cognitivas que presentaban los usuarios beneficiarios de la psicoeducación impartida en el centro de salud, como la sobregeneralización de que “expresar sentir ansiedad equivale a ser una persona débil” o la personalización de que los problemas que carga son exclusivamente culpa del propio paciente. Cargar con esta base académica transformó mi mirada, dejé de ver la sala de espera como un simple espacio físico

para reconocerla como un sistema dinámico, donde convergen un sin número de emociones, estigmas y oportunidades de un cambio terapéutico natural. Comprender que la terapia individual larga no es la única manera de intervenir, sino que también existen las micro-intervenciones que ayudan a romper estigmas culturales arraigados, esto redefinió mi comprensión mi comprensión de las prácticas desarrolladas más allá del consultorio tradicional.

Entre los aspectos positivos de esta experiencia, destaco la gratificación inmediata de presenciar transformaciones genuinas, como presenciar sonrisas, cabeceos afirmativos y sincronizados cuando explicaba técnicas prácticas, y sobre todo las preguntas espontáneas al final de las intervenciones; estos momentos validaron que los usuarios le interesan conocer estas herramientas para utilizarlas en su vida diaria. Por otro lado, los aspectos negativos incluyeron el constante ruido ambiental, especialmente en horas pico, cuando varias interrupciones por llamadas médicas ocurrían simultáneamente, y la rotación impredecible de usuarios, donde algunos se lograban incorporar a mitad de la charla o que, por el contrario, abandonaban la intervención antes del cierre por ser llamados a cita médica. Para futuras intervenciones similares, sin duda repetiría mi proyecto de realizar charlas de 10 a 15 minutos dentro de la sala de espera, acompañado de un final más abierto y extenso para que puedan realizar preguntas, pero en esa ocasión iniciaría con una conexión más directa, y coordinaría una interacción un poco más constante con los beneficiarios, para poder medir de una manera más sostenible el éxito de este proyecto.

Este proyecto generó productos simples, pero profundamente reales y tangibles, que emergieron orgánicamente de la práctica directa en salas de espera saturadas de centro de salud públicos en Guayaquil. El primero fue un campo mental estructurado de observaciones

sistemáticas, capturando en tiempo real la evolución observable de las actitudes de los asistentes, desde posturas corporales cerradas y miradas evasivas en los primeros minutos, incluso hasta torsos inclinados hacia adelante, contacto visual espontáneo y verbalizaciones activas pasados los primeros minutos de la intervención, documentando cómo la psicoeducación breve cataliza transiciones culturales medibles sin instrumentos formales.

El segundo producto clave corresponde a las guías de técnicas cognitivo-conductuales adaptadas culturalmente, manifestadas en frases que los usuarios repetían espontáneamente entre sí, convirtiendo conceptos del autor Aaron Beck complejos, en herramientas lingüísticas de autocuidado transferible al hogar, trabajo o transporte público, sin requerir materiales escritos que la rotación poblacional habría diluido.

Finalmente, se consolidó un modelo replicable de micro-intervenciones estandarizado que tenían una duración de entre 12 a 15 minutos, ejecutado con materiales de bajo costo, como carteles y trípticos, con voz calibrada al ruido ambiental natural existe en las salas de espera de los centros de salud. Este esquema, validado en las sesiones realizadas durante mi proyecto con un 90% de receptividad espontánea, demuestra viabilidad para escalar a diferentes centros de salud de Guayaquil, transformando esta infraestructura existente en una red comunitaria de desestigmatización sin una inversión exorbitante.

De los objetivos que fueron planteados, cumplí el principal con un éxito rotundo, el cual fue generar interés espontáneo por la salud mental y reducir visiblemente la evitación conductual en la mayor de los usuarios observados, logrado precisamente porque se logró conectar las técnicas del autor Aaron Beck dentro del contexto ecuatoriano, comprendido dentro del estrés diario y las preocupaciones familiares constantes. El objetivo no alcanzado en este proyecto fue

realizar un seguimiento a largo plazo, imposibilitado debido a la alta rotación de los usuarios y a la ausencia de permisos para poder recolectar datos de contacto, lo cual limitó la medición de datos de cambios conductuales sostenidos más allá de la intervención inmediata. Sin embargo, igual tuve la oportunidad de escuchar las experiencias de un grupo de usuarios recurrentes, pertenecientes al grupo de adultos mayores, haber podido utilizar las técnicas explicadas en sus hogares, sugiriendo practicar nuevas técnicas para distintas situaciones.

No identifiqué riesgos graves para la seguridad de mi proyecto, solo desafíos contextuales que se podían manejar fácilmente, como el ruido ambiental, el cual acaparaba frecuentemente la atención de los usuarios, requiriendo levantar la voz, además de presenciar más de un usuario incómodo al principio por hablar sobre temas “tabú”, como depresión o ansiedad, manifestada en miradas evasivas, sin embargo, esta resistencia se disipaba en el desarrollo de la sesión, y nunca puso en peligro la actividad, ni la dinámica grupal.

Lo innovación central dentro de mi experiencia radica en transformar la sala de espera de un espacio pasivo a un consultorio natural sin la necesidad de tener alguna cita previa; al integrarme naturalmente dentro del flujo de pacientes con charlas informativas, con un enfoque cognitivo-conductual, rompí el paradigma de que toda intervención psicológica requiere de una estructura formal, consultorio privado y pacientes motivados. Este elemento innovador impacta directamente en los grupos beneficiarios, ya que les brinda herramientas mentales críticas, precisamente para el momento en el que más lo necesiten, normalizando conversaciones sobre la salud mental sin estigma asociado. Para investigadores, esto valida la observación fenomenológica sin la necesidad de utilizar registros formales como metodología legítima en

contextos transitorios, demostrando que una memoria reflexiva entrenada genera conocimiento cualitativo robusto sin usar diarios extensos ni grabadoras.

El impacto inmediato en la salud mental de los usuarios beneficiarios de este proyecto fue tangible y multifacético, pude observar una reducción progresiva manifestada en menos caras tensas y más gente asintiendo durante las charlas, lo que redujo el aislamiento del momento y promovió la idea del autocuidado. Para los usuarios del centro de salud, este tipo de micro-intervenciones representaron mucho más que información, esto significó permiso explícito para hablar sobre sus emociones sin vergüenza, validación de sus experiencias psicológicas y herramientas conductuales concretas para regular su rutina diaria. Esto figura como el primer paso para lograr un bienestar integral sostenido, especialmente valioso en poblaciones con barreras estructurales al acceso psicológico tradicional.

XIII. Conclusiones y recomendaciones:

Las conclusiones principales del presente proyecto revelan con claridad el notable potencial de las intervenciones de psicoeducación cognitivo-conductual implementadas en la sala de espera de centros de salud públicos de Guayaquil, donde los usuarios con un alto estigma cultural, manifestado en acciones evitativas como constante distracción por su alrededor, silencio prolongado y posturas corporales cerradas, respondieron rápido a técnicas simples, basadas en el modelos del autor en el cuál me apoyé para realizar esta sistematización, Aaron Beck, uno de ellos es poder identificar pensamientos automáticos negativos, como “yo no puedo llorar frente a otras personas porque soy hombre y podrían pensar que soy débil”, y prácticas de reestructuración cognitiva básica, explicadas con metáforas simple, como “reprogramar tu diálogo interno”, esto generó una transición observable, desde un evitación inicial, hasta una

curiosidad y participación abierta en apenas 10 a 15 minutos, tiempo correspondiente a cada sesión de psicoterapia impartida, demostrando que este formato breve no solo es altamente viable, sino también efectivo en contextos de constante rotación y flujo natural de usuarios.

Para mejorar proyectos futuros que contengan un contexto similar dentro de otro establecimiento de atención primaria, se identificaron actividades concretas y accionables para lograr optimizar tanto la intervención como el proceso investigativo, en primer lugar, encontramos, comenzar las charlas con conexiones claras y culturalmente resonantes, como mencionar “ese estrés del tráfico que todos sentimos” o el sentimiento de preocupación por sus hijos de todas las madres, esta acción capta la atención del usuario mejor que una teoría directa, generando sincronía gestual desde el inicio de la intervención con el usuario; en segundo lugar, encontramos el poder coordinar informalmente con personal médico, para que puedan comunicarles a todos sobre las charlas, y de esta manera aumentar la participación sin burocracia, ni permisos formales; finalmente, programar la repetición de estas charlas en un rango de al menos unas 8 a 10 sesiones, asegura patrones claros sin agotar al facilitador, optimizando prácticas de investigación basadas en la observación pura sin notas formales.

Este trabajo de sistematización destacó como de manera ilustrativa el proyecto pudo transformar pensamientos inmediatos y disfuncionales, como la creencia arraigada de no expresar su ansiedad porque esto significa un signo de debilidad personal, en momentos donde los usuarios que fueron beneficiados por estas intervenciones ya puedan reconocerlo y mencionarlo, e incluso pedir ayuda con preguntas prácticas como “¿cómo paro los pensamientos que no me dejan dormir?” o “¿respirar cómo lo dice esta técnica me va ayudar a calmar mi respiración en momentos donde sienta mucha ansiedad?”, esta evolución se vio acompañada de

frecuentes momentos donde los mismos usuarios compartían experiencias breves de experiencias personales que promovieron la normalización de la salud mental en espacios ruidosos como lo son las salas de espera, donde la competencia por la atención de los usuarios es alta, pero la receptividad emocional resulta óptima. Estas actividades generaron lecciones prácticas que se pueden replicar en cualquier centro de salud con alta rotación de usuarios; para las personas beneficiarias de este proyecto fue más fácil conectar cuando hablas su idioma emocional, sin términos técnicos que muchas veces no terminan de comprender, por lo cual se decidió evitar usar una jerga técnica, para de esta manera facilitar la conexión inmediata y auténtica; mientras que la observación directa sin papeles ayuda a captar de una manera más eficaz las reacciones auténticas e instantáneas de los usuarios, permitiendo realizar ajustes en tiempo real, mismas que cumplirán el deber de maximizar el impacto conductual

De esta experiencia sistematizada emergen afirmaciones prácticas y verificables que pueden incluso guiar intervenciones futuras, como que las salas de espera de los centros de salud público son un lugar particularmente conveniente para realizar intervenciones para desestigmatizar la salud mental, ya que la ansiedad natural de esperar al médico hace que la gente baje sus defensas cognitivas y genera una receptividad espontánea; dentro del contexto ecuatoriano con una cultura predominada por el silencio selectivo ante temas de salud mental, las charlas cognitivo-conductual de menos de 15 minutos generan una curiosidad real y participativa en el usuario sin necesidad de procesos extensos de convencimiento o motivación material previa a la intervención, por otro lado, como se ha documentado de manera consistente a lo largo de este trabajo, la observación directa, sin necesidad de apuntes ni registros formales, capta cambios conductuales auténticos, desde posturas evitativas, hasta contacto visual sostenido. Finalmente, otra afirmación práctica hallada en este proyecto es que conectar explícitamente con dos o tres

problemas locales prevalentes en la población contemplada para realizar este proyecto, como “estrés familiar por dinámicas complejas” o “preocupación constante por los hijos debido a problemas de seguridad dentro del país y problemas económicos en contextos de inestabilidad” duplicando el impacto emocional observable y reforzando la retención de técnicas brindadas, sugiriendo las futuras réplicas que puedan generar a partir de este trabajo, prioricen diagnósticos culturales rápidos que permitan la personalización del contenido sin perder la simplicidad operativa del formato.

Estas conclusiones también subrayan la importancia de la ética en este tipo de intervenciones dentro de un contexto de atención primaria en centro de salud públicos, donde los usuarios se enfrentan a barreras socioeconómicas reales para poder acceder a servicios psicológicos especializados. Al posicionar la psicoeducación cognitivo-conductual directamente dentro de un espacio donde ya se encuentran presentes los beneficiarios, sin necesidad de agendar una cita previa, si realizar gastos indirectos extras, como el gasto de la transportación, el proyecto logra democratizar el acceso libre y rápido a herramientas terapéuticas básicas, que empoderan a las poblaciones vulnerables, para de esta manera poder regular sus respuestas emocionales inmediatas. Esta ética de “intervención donde ocurre el malestar” valida el modelo para espacios como este de un sistema de salud saturado, donde muchas veces, la escasez de psicólogos o la escasez de número de citas libres, significa ausencia total de un apoyo psicológico estructurado.

Desde el lado de la formación de los psicólogos, esta experiencia demuestra que los estudiantes podemos el cambio de transformar una observación pasiva a roles activos de intervención real, diseñando y ejecutando charlas psicoeducativas que generan cambios

observables en la vida cotidiana de las personas. Durante el desarrollo de mi proyecto aprendí habilidades prácticas que solo veía de manera teórica dentro del aula de clases, como ajustar ejemplos al momento o manejar imprevistos típicos de los centros de salud, como el ruido, interrupciones o usuarios escépticos que podían llegar a cuestionar el fin de las intervenciones realizadas. Estas decisiones en tiempo real desarrollaban mi flexibilidad clínica, lo cual es esencial para trabajar en lugares donde no existe lugares correctamente adaptados, ni pacientes lo suficientemente motivados a participar.

Como lo mencioné anteriormente, esta práctica reveló la brecha entre la formación universitaria que recibí, la cual está centrada en teorías, casos ideales, y evaluaciones estandarizadas, en comparación a la realidad que se vive en los centros de salud, donde se manejaban horarios rígidos y ausencia de consultas médicas por sobrecarga de pacientes, en concordancia con el proyecto, éxito medido por acciones no verbales, como cabeceos o mirada sostenida. De esta experiencia aprendí que el éxito real está en traducir la teoría de Aaron Beck a un lenguaje más práctico y menos coloquial para un entendimiento que resulte eficaz para todos los beneficiarios, además de visibilizar la práctica de las técnicas descritas por el autor antes mencionado, como saber realizar de manera correcta una técnica de respiración frente a un caso de ansiedad. Esta experiencia formativa dentro de un centro de salud público transformó mi percepción del rol del profesional dentro del campo clínico, de que no se trata solo de impartir terapia individual larga, sino incentivar de manera comunitaria mediante charlas breves sobre la importancia de lo que hacemos como profesionales y de qué manera nosotros podemos ayudarlos.

Como consecuente, esta experiencia validó que los estudiantes universitarios con supervisión mínima, pueden generar un cambio real en contextos donde el tiempo y los recursos pueden llegar a ser limitados, desarrollando competencias críticas como diagnóstico cultural rápido, manejo de grupos no voluntarios, adaptación cultural y evaluación fenomenológica sin instrumentos. Al momento de enfrentar las limitaciones reales presentadas dentro de los centros de salud, como las extensas listas de espera, personal médico saturado por amplia jornada laboral y pacientes agotados, por esta razón, se emergió con herramientas concretas para contribuir desde el primer día, sugiriendo que dicha formación debe priorizar la psicología dentro de un ambiente natural, sobre los modelos clínicos ideales desconectados del contexto de la realidad ecuatoriana

XIV. Referencias bibliográficas:

- (ACCESS). (2020). La atención en salud mental se fortalece con trabajo interinstitucional en Guayaquil. <http://www.acess.gob.ec/la-atencion-en-saludmental-se-fortalece-con-trabajo-interinstitucional-en-guayaquil/>
- Aguilar-Rosas, S., & Sepúlveda-Ramírez, M. (2022). Psicoeducación en salud mental: Una revisión sistemática de intervenciones grupales. *Revista Chilena de Psicología*, 41(1), Article e329. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-71942022000100329&script=sci_arttext&tlng=en
- American Psychological Association. (s.f.). Mental illness stigma. APA. <https://www.apa.org/news/podcasts/speaking-of-psychology/mental-illness-stigma>
- Eurofarma. (2025, octubre 16). Desafíos para la salud mental en 2025. <https://www.eurofarma.cl/articulos/desafios-para-la-salud-mental-en-2025>
- Grupo de Trabajo de Prevención de Trastornos Mentales de la Salud Mental PAPPS. (2019). *Prevención de trastornos de salud mental* (2a ed.). PAPPS. <https://papps.es/wp-content/uploads/2019/02/prevencion-transtornos-salud-mental-papps.pdf>
- Instituto de Estudios Psicológicos y Pedagógicos (IEPP). (s.f.). Carol Ryff y su teoría del bienestar psicológico. <https://www.iepp.es/carol-ryff-y-su-teoria-del-bienestarpsicologico/>

Logoforo. (s.f.). *Sentido de vida y salud mental*. <https://logoforo.com/sentido-de-vida-y-salud-mental/>

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 129-154.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004

Martínez, C., & Garrido, E. (2004). Estigma y salud mental: Análisis conceptual y propuestas de intervención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(1), 5-20. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100005

Mascayano Tapia, F. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales. *Salud Mental*, 38(1), 43-50.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008

Medical News Today. (2021, agosto 1). La salud mental y el estigma en Latinoamérica.
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/salud-mental-estigma-latinoamerica>

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, M., & Benjet, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales. *Salud Pública de México*, 57(1), 54-62.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Health and well-being. World Health Organization.
<https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). Campaña para la reducción del estigma en salud mental. <https://www.paho.org/es/campanas/haz-tu-parte>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2025, octubre 25). Salud Mental. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

Primicias. (2025, mayo 30). Los problemas de salud mental aumentan en Ecuador, cuáles son los más frecuentes y con qué cuenta el Estado. <https://www.primicias.ec/sociedad/problemas-salud-mental-trastornos-ecuadordaniel-noboa-maria-jose-pinto-97396/>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2025, julio 31). El deterioro de la salud mental en América Latina y el Caribe. <https://www.undp.org/es/latinamerica/blog/fuertes-por-fuera-luchando-por-dentro-el-deterioro-de-la-salud-mental-en-america-latina-y-el-caribe>

Psicólogos Madrid-Ipsia. (s.f.). Psicólogo Aaron T. Beck, desarrollo de la terapia cognitiva. <https://www.psicologosmadrid-ipsia.com/psicologo-aaron-t-beck-desarrollo-de-la-terapia-cognitiva/>

Rodríguez-Fernández, J. M., & Sánchez-Martín, P. (2020). Neuropsicología del estigma en trastornos mentales crónicos: Una revisión. *Neuropsicología Latinoamericana*, 27(2), 78-92. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v27n2/v27n2a07.pdf>

Sartorius, N. (2003). Uno de los últimos obstáculos para mejorar la asistencia en salud mental: El estigma de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (2). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6360972>

Sigerist, H. E. (1941). As se cita en Vega-Franco, L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. *Salud Pública de México*, 44(3), 360-

368. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000300010

Stuart, H. (2016). Reducing the stigma of mental illness. *Global Mental Health*, 3, Article e17.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5314742/>

Universidad Católica de Cuenca. (2025, 11 de noviembre). *Salud mental: el nuevo pilar del bienestar integral*. <https://www.ucacue.edu.ec/salud-mental-el-nuevo-pilar-del-bienestar-integral/>

Valenzuela Contreras, L. M. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*, 9(9), 50-

59. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6070681.pdf>

Vargas Huicochea, I. (2018, 15 de febrero). *Desestigmatizar los trastornos mentales para su atención adecuada*. Gaceta de la Facultad de Medicina,

UNAM. <https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2018/02/15/desestigmatizar-los-trastornos-mentales-para-su-atencion-adecuada/>

Vega, C., & Rojas, M. (2020). *La salud desde una perspectiva integral*.

Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6070681>

XV. Anexos:



Figura 2. Psicoeducación sobre el bienestar integral y su importancia extendida a escuela primaria cercana al centro de salud



Figura 3. Intervención sobre técnicas de autocuidado dirigida a grupo de adultos mayores y personal de salud



Figura 4. Psicoeducación realizada en las afueras del centro de salud sobre el estigma asociado a la violencia



Figura 4. Intervención sobre el estigma asociado a la salud mental dirigida a grupo de adultos mayores



Figura 5. Sesión de psicoeducación impartida en sala de espera



Figura 6. Sesión de psicoeducación impartida en sala de espera



Figura 7. Población beneficiaria de las intervenciones

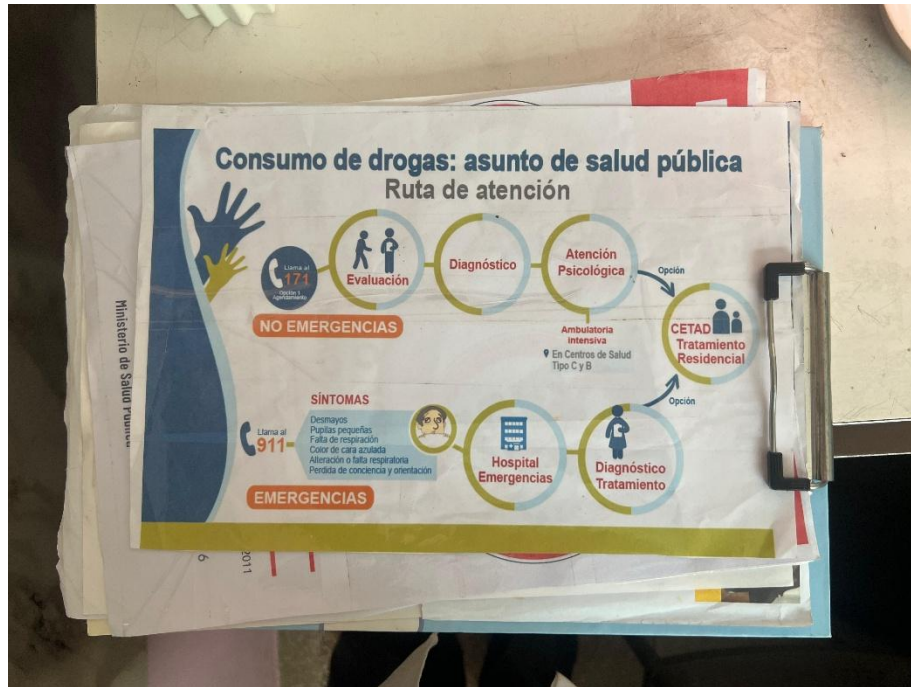


Figura 8. Material de intervención: consumo de drogas

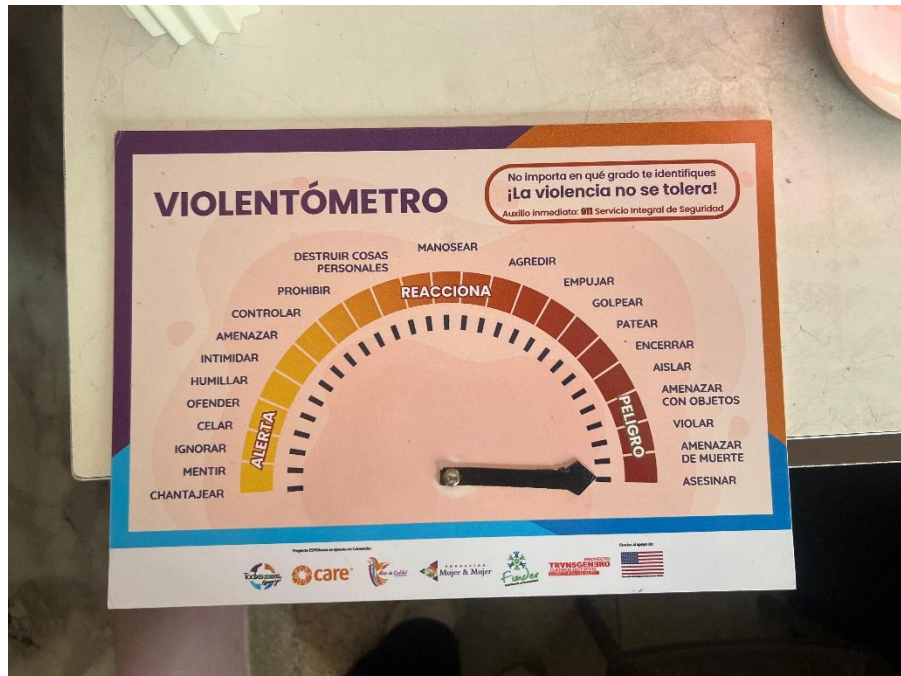


Figura 9. Material de intervención: violentómetro

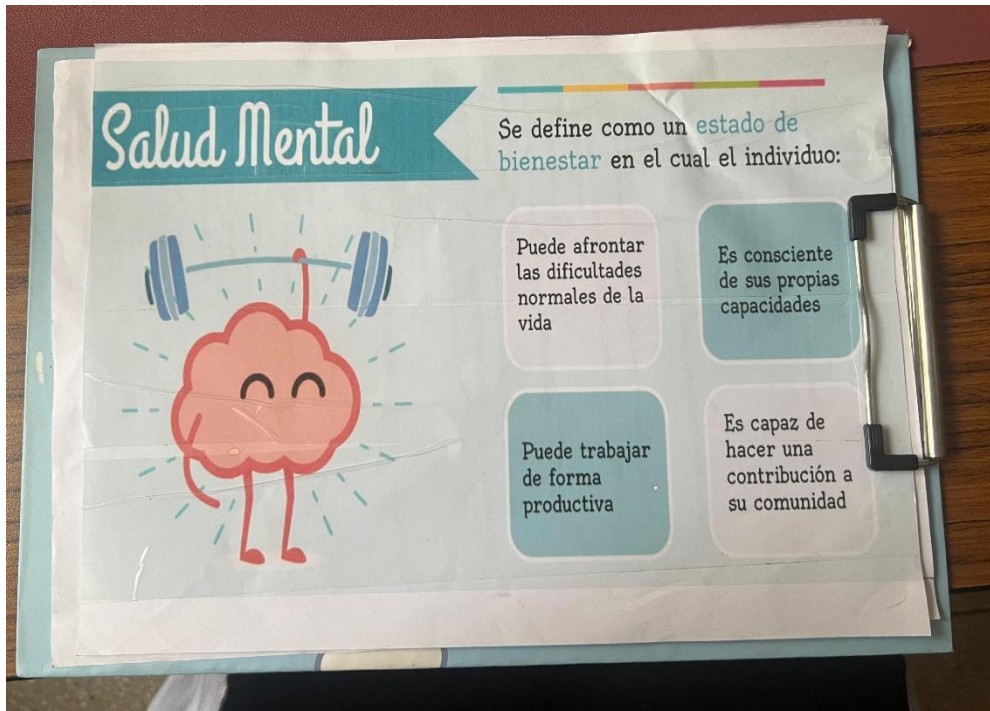


Figura 10. Material de intervención: ¿Qué es la salud mental?

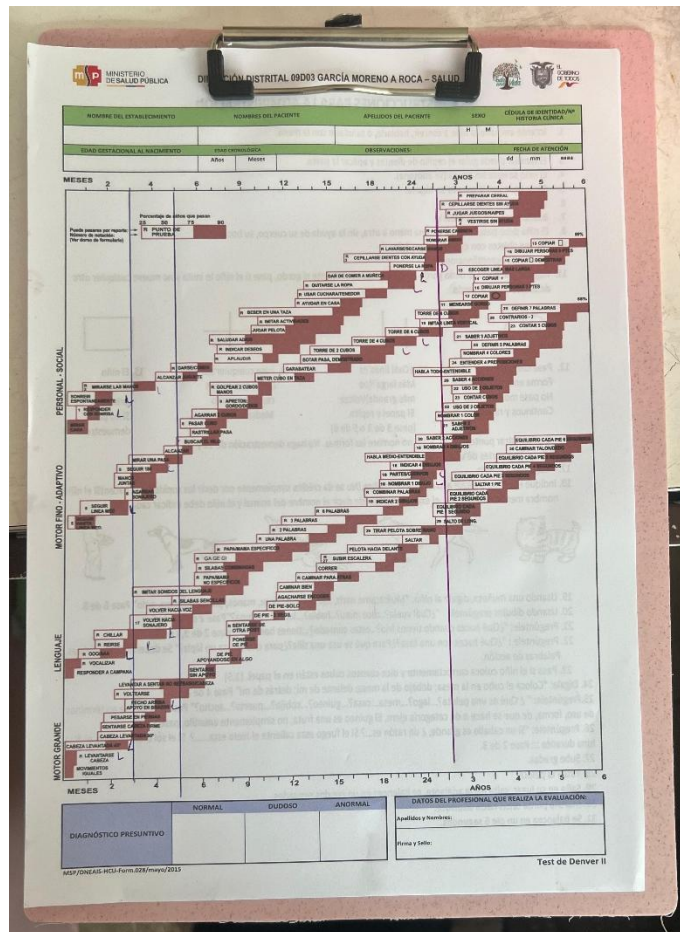


Figura 11. Material de consulta: test de Denver

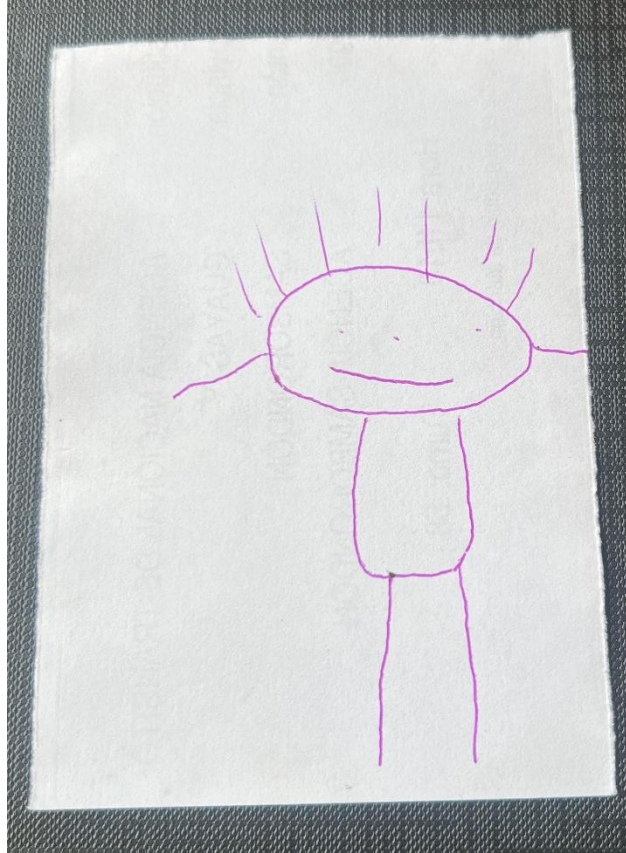


Figura 11. Resultado de test: dibujo hecho por paciente para test de Denver