



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
PROGRAMA DE DOCTORADO EN SALUD MENTAL**

**EVALUACIÓN DE VARIABLES INDIVIDUALES Y DE DISPOSITIVOS DE SALUD  
QUE CONTRIBUYEN A LA ESTIGMATIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON  
TRASTORNOS MENTALES GRAVES POR PARTE DE LOS PROVEEDORES DE LA  
SALUD MENTAL**

**POR**

**ALEXIS VLADIMIR VIELMA AGUILERA**

Tesis presentada a la Facultad de Medicina – Doctorado en Salud Mental  
de la Universidad de Concepción para optar al grado académico de Doctor en Salud Mental

Profesora Guía: Dra. Pamela Grandón Fernández  
Facultad de Medicina  
Universidad de Concepción

2020  
Concepción, Chile

© 2020, Alexis Vladimir Vielma Aguilera

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

## **DEDICATORIA**

## AGRADECIMIENTOS

### Indice de Contenido

Indice de Figuras y Gráficos.....	5
Indice de tablas.....	5
RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	12
1 MARCO TEÓRICO.....	13
1.1 Trastornos Mentales Graves y Estigma. Aspectos generales.....	13
1.2 Definición y características de Estigma.....	14
1.3 Tipología del Estigma.....	21
1.4 Dimensiones del Estigma.....	24
1.5 Distancia Social y Trastorno Mental Grave.....	28
1.6 Consecuencias del estigma en los trastornos mentales graves.....	30
1.7 Estigma social y proveedores de la salud.....	33
1.7.1 Estigma en proveedores de la salud mental.....	35
1.7.2 Estigma en proveedores de la salud física.....	39
1.8 Investigaciones sobre estigma y proveedores de salud mental.....	42
1.9 Teorías sobre Actitudes y Estigma.....	45
1.9.1 Teoría de la Identidad Social y Estigma.....	45
1.9.2 Teoría de la Acción Razonada.....	47
1.9.3 Teoría de Eventos Afectivos.....	49
1.9.4 Perspectiva ecológica para la comprensión multinivel del estigma en profesionales y técnicos de la salud mental.....	51
1.9.4.1 Perspectiva ecológica.....	52
1.10 Variables relacionadas al estigma en proveedores de salud mental y dispositivos.....	55
1.10.1 Variables Sociodemográficas de los proveedores de la salud.....	57
1.10.2 Variables relacionadas a resultados del diseño del trabajo.....	63
1.10.2.1 Variables actitudinales.....	63
1.10.2.2 Variables cognitivas.....	64
1.10.2.3 Variables de bienestar.....	65
1.11 Estigma Asociativo.....	66
1.12 Variables administrativas de los dispositivos de salud.....	67
1.13 Clima Organizacional.....	71
1.14 Cultura Organizacional.....	72
2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	75
3 HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	81
4 OBJETIVOS.....	85
4.1 Objetivo General.....	85
4.2 Objetivos Específicos.....	85
5 METODOLOGÍA.....	87
5.1 Diseño de Investigación.....	87
5.2 Muestra y participantes.....	87

5.3	Variables .....	92
5.3.1	Variables Dependientes .....	92
5.3.1.1	Estigma en Profesionales de Salud hacia personas con TMG.....	92
5.3.1.2	Distancia Social hacia personas con TMG.....	92
5.3.2	Variables Independientes y/o Moderadoras .....	93
5.3.2.1	Variables sociodemográficas .....	93
5.3.2.2	Variables Administrativas de los dispositivos de salud. ....	94
5.3.2.3	Variables actitudinales, cognitivas y de bienestar de los proveedores de salud mental en su contexto laboral. ....	96
5.3.2.4	Variables nivel individuo (nivel 1) y variables de dispositivos (nivel 2).....	102
5.4	Instrumentos.....	103
5.4.1	Instrumentos utilizados para medir las Variables dependientes .....	104
5.4.1.1	Escala de actitudes estigmatizantes de profesionales de la salud hacia personas con diagnóstico de trastorno mental (EAPS-TM).....	104
5.4.1.2	Escala de Distancia social (DS) .....	105
5.4.2	Instrumentos para medir variables independientes y/o moderadoras .....	106
5.4.2.1	Ficha de información general (FIG).....	106
5.4.2.2	Escala de Compromiso Organizacional de Meyer, Allen & Smith (1993). Adaptación para Chile de Chiang et al. (2010) .....	106
5.4.2.3	Batería UNIPSICO. Escalas de Conflicto y Ambigüedad de rol (Gil-Monte, 2016).....	108
5.4.2.4	Escalas de Despersonalización y Agotamiento Emocional (MBHI-HSS. Maslach, 1996) .....	109
5.4.2.5	Escala de Estigma asociativo (Escala ESA-MHP).....	110
5.4.2.6	Escala de Clima Organizacional (Chiang, Salazar, Huerta & Nuñez, 2008) .....	111
5.4.2.7	Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI. Cameron y Quinn, 1999) .....	112
5.4.2.8	Resumen instrumentos .....	114
5.5	Procedimiento .....	115
5.6	Aspectos Éticos .....	117
5.7	Plan de Análisis.....	119
5.7.1	Análisis Descriptivo de las variables.....	119
5.7.2	Análisis Bivariantes.....	120
5.7.3	Análisis Multivariante .....	121
5.7.3.1	Análisis de colinealidad .....	123
6	RESULTADOS .....	125
6.1	Caracterización de la muestra .....	125
6.2	Análisis descriptivo escalas de medición .....	128
6.2.1	Escalas de medición para variables dependientes .....	128
6.2.1.1	Estigma de profesionales y técnicos en salud hacia personas con diagnóstico de trastorno mental (Escala EAPS-TM) .....	128
6.2.1.2	Variable Distancia Social (Escala de Distancia Social) .....	129
6.2.2	Variables Independientes y/o moderadoras .....	130
6.2.2.1	Variable de Compromiso organizacional (Escala de Compromiso organizacional) .....	130
6.2.2.2	Variable Conflicto de Rol y Ambigüedad de rol (Escalas Bateria UNIPSICO) .....	131
6.2.2.3	Variables de Agotamiento Emocional y Despersonalización (Escala Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey) .....	132
6.2.2.4	Variable de Estigma asociativo (Escala de Estigma asociativo para profesionales de la salud) .....	134
6.2.2.5	Variable de Clima organizacional (Escala de Clima organizacional) .....	135
6.2.2.6	Variable de Cultura organizacional (Escala OCAI).....	136
6.3	Resultados sobre estigma y variables sociodemográficas .....	139
6.3.1	Actitudes estigmatizantes (Escala EAPS-TM) y variables sociodemográficas .....	139

6.3.2	Distancia social (Escala DS) y variables sociodemográficas .....	141
6.3.3	Medición de estigma por servicio de salud .....	143
6.4	Estigma y variables sociodemográficas de los individuos y administrativas de los dispositivos de salud mental .....	144
6.4.1	Edad, años de trabajo y estigma .....	145
6.4.2	Comparación entre profesionales de las áreas psicosocial y biomédica con respecto a su estigma .....	146
6.4.3	Nivel de atención de los dispositivos y estigma .....	149
6.4.4	Tipos de Intervención y estigma.....	150
6.5	Estigma y variables actitudinales, cognitivas y de bienestar de los proveedores de salud mental en el contexto laboral .....	152
6.5.1	Compromiso laboral y estigma.....	152
6.5.2	Compromiso de rol, Ambigüedad de rol y estigma .....	154
6.6	Estigma, Clima y Cultura organizacional.....	154
6.6.1	Clima Organizacional y Estigma.....	155
6.6.2	Cultura organizacional y estigma .....	159
6.7	Variables de Agotamiento emocional y Despersonalización como mediadoras entre Clima organizacional y Estigma asociativo con el estigma hacia personas con TMG.....	160
6.7.1	Efecto mediador del Agotamiento emocional y Despersonalización entre Clima organizacional y estigma .....	160
6.7.2	Efecto mediador del Agotamiento emocional y Despersonalización entre Estigma asociativo y estigma.....	166
6.8	Moderación del Clima en la relación entre Cultura organizacional y variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral y Estigma asociativo con el estigma.....	172
6.9	Comparación en la influencia de variables individuales v/s del dispositivo en el estigma hacia personas con TMG .....	196
6.10	Resumen de Resultados.....	201
7	DISCUSIÓN.....	204
7.1	Consideraciones metodológicas .....	233
7.2	Limitaciones.....	234
7.3	Proyecciones. ....	236
7.4	Conclusiones. ....	237
8	BIBLIOGRAFÍA .....	240
9	ANEXOS .....	269
9.1	Artículo 1: Manuscrito Psychometric properties of the scale of health care professionals' attitudes toward people with a mental illness diagnosis (EAPS-TM) .....	269
9.2	Artículo 2. Manuscrito: desarrollo y propiedades psicométricas de la escala de estigma asociativo para mental health care providers.....	278
9.3	Instrumentos.....	284
9.4	Autorizaciones usos instrumentos.....	290
9.5	Actas de aprobacion de los comité de etica.....	292
9.6	Formato de consentimiento informado.....	304
9.7	Anexos resultados. ....	306
9.7.1	Resultados objetivo específico 1. ....	306
9.7.2	Anexo Hipótesis 3. ....	313
9.7.3	ANEXO HIPÓTESIS 5. TABLAS DE MODERACIONES ESPECÍFICAS .....	314

## Índice de Figuras y Gráficos.

Gráfico 6.1. Tendencia de cultura predominante para la muestra general. ....	138
Figura 6.1. Representacion de regresiones lineales con coeficientes significativos entre dimensiones del Clima organizacional, burnout (agotamiento y despersonalización) y estigma. ....	165
Figura 6.2. Regresiones lineales con coeficientes significativos entre dimensiones del estigma asociativo, Agotamiento emocional y Distancia social. ....	169
Figura 6.3. Regresiones lineales con coeficientes significativos entre dimensiones del estigma asociativo, Despersonalización y Creencias estigmatizantes. ....	170
Figura 6.4. Regresiones lineales con coeficientes significativos entre dimensiones del estigma asociativo, Despersonalización e Infantilización y distancia relacional. ....	171
Figura 6.5. Relaciones de moderación analizadas en la hipótesis 5. ....	173
Figura 6.6. Resultados de Hipótesis. ....	203

## Índice de Tablas.

Tabla 5.2. Comparación de índices de fiabilidad (Alfa de Cronbach) de la escala de Compromiso Organizacional en diversas investigaciones. ....	107
Tabla 5.3. Comparación de índices de fiabilidad de las subescalas de Despersonalización y Agotamiento emocional del MBI-HSS en diversas investigaciones. ....	110
Tabla 5.4. Comparación de índices de fiabilidad de la escala de Clima organizacional en diversas investigaciones ....	112
Tabla 5.5. Índices de Fiabilidad del instrumento OCAI para la escala de percepción actual. ....	114
Tabla 5.6. Descripción de instrumentos utilizados. ....	115
Tabla 5.7. Descripción de información y aprobación del proyecto de investigación por parte de los comité de ética. ....	117
Tabla 6.1. Dispositivos de salud y participantes por Servicio de Salud. ....	126
Tabla 6.2. Descriptivos de formación académica en profesionales de la salud. ....	127
Tabla 6.3. Descriptivos de la Escala de actitudes estigmatizantes en profesionales de la salud hacia trastornos mentales y la escala de Distancia social. ....	130
Tabla 6.4. Descriptivos de la Escala de Compromiso organizacional y sus dimensiones. ....	131
Tabla 6.5. Descriptivos de las Escalas Conflicto y Ambigüedad de rol. ....	131
Tabla 6.6. Descriptivos de las escalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización (Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey). ....	133
Tabla 6.7. Descriptivos de la escala de Estigma asociativo y sus dimensiones. ....	134
Tabla 6.8. Descriptivos de la Escala de Clima organizacional y sus dimensiones. ....	135

Tabla 6.9. Comparación de medias de las dimensiones de Clima organizacional entre el estudio de Chiang et al. y la investigación actual. ....	136
Tabla 6.10 Descriptivos de la escala de Cultura organizacional .....	137
Tabla 6.11. T-student y ANOVA entre Estigma actitudinal y variables sociodemográficas. ....	140
Tabla 6.12. T-student y ANOVA entre Distancia social según variables sociodemográficas.....	142
Tabla 6.13. Promedios Escala Estigma de profesionales y técnicos en salud hacia personas con diagnóstico de trastorno mental y distancia social por servicio de salud.....	144
Tabla 6.14. Correlaciones entre las dimensiones de las escalas de Estigma actitudinal y Distancia social con variables de edad y años de trabajo en psicólogos y trabajadores sociales.....	146
Tabla 6.15. Descriptivos de la Escala de Estigma actitudinal y la escala de Distancia social por dispositivo y categorías de profesional salud física, psicosocial y mixto. ....	147
Tabla 6.16. ANOVA mixto del efecto del tipo de profesional sobre el estigma. ....	148
Tabla 6.17. Comparación de medias para el estigma entre proveedores de salud mental de la atención primaria y atención secundaria.....	150
Tabla 6.18. Correlaciones variables de estigma y Compromiso organizacional .....	153
Tabla 6.19. Coeficientes de regresión modelos para variables de Clima organizacional y estigma.....	156
Tabla 6.20. Coeficientes significativos prueba post-hoc para dimensiones del Clima organizacional que predicen el estigma.....	158
Tabla 6.21. Regresión de las dimensiones del Clima organizacional sobre el Agotamiento emocional y la Despersonalización. ....	161
Tabla 6.22. Regresión de las dimensiones del Clima organizacional y dimensiones de Agotamiento emocional y Despersonalización sobre el estigma. ....	162
Tabla 6.23. Mediaciones del Agotamiento emocional y la Despersonalización en la relación entre las dimensiones del Clima organizacional con el estigma. ....	164
Tabla 6.24. Regresión de las dimensiones del estigma asociativo sobre el agotamiento emocional y la despersonalización. ....	167
Tabla 6.25. Modelo de regresión de las dimensiones del Estigma asociativo y el Agotamiento Emocional y la Despersonalización sobre el Estigma. ....	168
Tabla 6.26. Mediaciones del Agotamiento emocional y la Despersonalización en la relación entre las dimensiones del estigma asociativo con el estigma.....	170
Tabla 6.27. Moderación de Clima, en la relación entre Cultura y variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral y estigma asociativo. ....	174
Tabla 6.28. Valores-p de pruebas de moderación específica entre variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral y estigma asociativo por dimensión del Clima organizacional. ....	175
Tabla 6.29. Efectos de Moderación del Clima organizacional entre Cultura organizacional y Compromiso organizacional Normativo. ....	177
Tabla 6.30. Moderaciones específicas variables de Clima Cohesión y Presión (nivel 1) y Cultura organizacional (nivel 1/nivel 2) para variable Compromiso organizacional Normativo.....	178
Tabla 6.31. Efectos de Moderación del Clima organizacional entre Cultura organizacional y Agotamiento emocional. ....	180

Tabla 6.32. Moderaciones específicas variables de Clima Presión (nivel 2) y Cultura organizacional Mercado (nivel 1) para variable Agotamiento emocional. ....	181
Tabla 6.33. Efectos de Moderación del Clima organizacional entre Cultura organizacional y Vergüenza a la revelación. ....	183
Tabla 6.34. Moderaciones específicas variables de Clima Apoyo (nivel 1/nivel 2) y Cultura organizacional (nivel 1/nivel 2) para variable Vergüenza a la revelación. ....	185
Tabla 6.35. Moderación de Clima organizacional, en la relación entre Cultura organizacional y Estigma. ....	186
Tabla 6.36. Valores-p de pruebas de moderación específica entre dimensiones del Estigma por dimensión del Clima organizacional. ....	187
Tabla 6.37. Efectos de Moderación del Clima organizacional entre Cultura organizacional y Creencias estigmatizantes. ....	188
Tabla 6.38. Moderaciones específicas variables de Clima Presión (nivel 2) y Cultura organizacional Mercado (nivel 1) para variable Creencias estigmatizantes. ....	189
Tabla 6.39. Series de modelos AIC y BIC por variables de Creencias estigmatizantes, Infantilización y distancia relacional y Distancia Social. ....	192
Tabla 6.40. Efectos de Moderación del Clima organizacional entre variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral y Estigma asociativo e Infantilización y distancia relacional. ....	193
Tabla 6.41. Moderaciones específicas variables de Clima Apoyo (nivel 1/nivel 2) y variables de Compromiso organizacional Afectivo y Normativo, Conflicto de rol, Agotamiento emocional (nivel 1/nivel 2) para variable Infantilización y distancia relacional. ....	194
Tabla 6.42. Varianza explicada modelos y prueba de diferencia en capacidad explicativa. ....	197
Tabla 6.43. Varianza de las variables individuales por cada aspecto evaluado del estigma. ....	199
Tabla 6.44. Varianza de las variables grupales por cada aspecto evaluado del estigma. ....	200
Tabla 6.45. Resumen de Resultados de Hipótesis. ....	201

## RESUMEN

Los trastornos mentales graves (TMG) provocan serios problemas a las personas que los padecen, afectando diversos ámbitos de su vida. Actualmente, un 12% de la discapacidad a nivel mundial se atribuye a este tipo de problemas de salud. A nivel nacional se estima que la prevalencia de los trastornos neuropsiquiátricos contribuye al 31% de los AVISA, siendo uno de los porcentajes más altos a nivel mundial.

A esto se suma una brecha importante en el acceso y calidad de los tratamientos. Los TMG no tratados componen el 13% del total de la carga de morbilidad mundial, lo cual provoca implicancias directas en la morbi-mortalidad de estas personas. Dentro de las principales razones de este déficit en la atención está el estigma presente en profesionales y técnicos de salud mental hacia usuarios con TMG. La Organización Mundial de la Salud lo reconoce como una “segunda enfermedad” por las consecuencias directas e indirectas que produce en personas con padecimiento mental.

Las investigaciones sobre estigma han comenzado a centrarse en funcionarios de salud, por lo cual el desarrollo y la mantención del estigma en profesionales y técnicos de salud mental aún no es claro, sin embargo, se reconocen factores del sujeto y del contexto laboral que pueden contribuir. Hay escasos estudios que relacionen variables individuales y del contexto socio-laboral que expliquen el estigma presente en los proveedores de la salud mental.

Asimismo, las experiencias de investigación sobre este aspecto son muy escasas en el contexto latinoamericano y casi nulas en el medio nacional.

Por este motivo, la presente investigación se propone como objetivo determinar las

variables individuales, de los equipos y centros de salud que contribuyen a la estigmatización de los profesionales de la salud hacia personas con trastornos mentales graves.

Método. El estudio será transversal, no-experimental con un diseño correlacional, multinivel (centros de salud, equipos de salud e individuos). Se evaluará el estigma presente en profesionales de salud mental de nivel primario y secundario mediante escalas actitudinales y de distancia social. Se consideraron variables independientes en dos niveles. El análisis multinivel estableció relaciones entre variables de cada nivel de jerarquía (individual y de centros de salud).

La población objetivo fueron los proveedores de salud mental pertenecientes a los servicios de salud de las Regiones del Biobío, Ñuble y del Maule. Se optó por utilizar un criterio censal tanto para la participación de dispositivos como de los profesionales y técnicos de salud mental que trabajan en dichos dispositivos.

La unidad de muestreo fueron los centros de atención primaria de salud y de atención secundaria de salud mental del sistema público de las áreas de salud previamente mencionadas. La unidad de análisis y de observación del presente estudio son los dispositivos de salud y los profesionales y técnicos que trabajan en ellos. El N mínimo requerido para el análisis de hipótesis bivariadas en un estudio multinivel y con un  $r$  estimado de 0,3 es de 138 personas. Se considerará según definición teórica a 300 sujetos. Para esta muestra se esperan captar correlaciones entre 0,16 y 0,48 el 80% de las veces.

Se invitó a participar del estudio a todos los servicios de salud de las regiones involucradas. Se informó a cada una de las unidades de los dispositivos los objetivos y

orientaciones de la investigación. Se entregaron los consentimientos informados junto a las copias de los instrumentos con el fin que cada proveedor de salud mental decidiera o no participar. Los instrumentos fueron aplicados presencialmente por el investigador Responsable o bien por profesionales que fueron debidamente capacitados para esta función. Toda la información fue agenciada de modo anónimo y bajo resguardo según las consideraciones éticas planteadas por la declaración de Helsinki.

Los análisis revelaron la existencia de determinantes tanto a nivel de individuos como a nivel de dispositivos que están presentes en la estigmatización hacia usuarios en salud mental, lo que corroboraría los resultados previos presentados en la literatura. En particular variables individuales como tipo de profesión, edad, años de estudio, educación o formación posterior a la carrera profesional, estigma asociativo, Agotamiento emocional, Despersonalización y Compromiso organizacional. A nivel de dispositivos son importantes: nivel de atención, dimensiones de Clima organizacional de Presión, Apoyo, Reconocimiento, Cohesión y Cultura organizacional.

Mayor estigma se observó entre profesionales del área biomédica, con menos años de educación (formación profesional o entrenamiento profesional). Entre profesionales psicólogos y trabajadores sociales se observó menos estigma cuando tienen más edad y más años de trabajo en el área de la salud mental.

Menor nivel de estigma en dispositivos de atención secundaria puede relacionarse al conocimiento sobre TMG y contacto diario con usuarios.

Las variables de Despersonalización y Agotamiento emocional actúan como mediadora entre el Estigma asociativo y dimensiones del Estigma. Del mismo modo,

actúan como mediadoras entre la dimensión de Clima de Presión y Actitudes estigmatizantes.

La variable de Clima organizacional además tiene efecto moderador sobre la relación entre variables del contexto laboral y el Estigma hacia personas con TMG. En particular la presencia de Clima de Presión actúa como factor de riesgo, en cambio Clima de Apoyo, actúa como factor protector.

No se observaron diferencias significativas entre variables individuales y de dispositivos. En el análisis de dominancia se pudo determinar algunas variables relevantes para considerar en futuros modelos de estudio: a nivel individual, profesión, dimensión de Estigma asociativo de Vergüenza a la revelación y dimensiones de Clima de Cohesión, Reconocimiento y Apoyo. A nivel de dispositivos, pertenencia a un determinado servicio de salud (la cual podría ser desglosada en población urbano-rural, el nivel de implementación del modelo comunitario, la cantidad de dispositivos y población asignada), Despersonalización y Cultura de Mercado.

## INTRODUCCIÓN

El estigma en proveedores de salud mental hacia las personas con trastornos mentales graves (TMG) es un fenómeno muy frecuente, sin embargo, poco conocido y estudiado. A menudo ocurre de manera no intencionada aunque sus efectos son muy perjudiciales para la vida de las personas que padecen un TMG, ya que provocan una brecha importante en el acceso a la salud y a los cuidados. En el caso de los proveedores de salud mental, las investigaciones revelan la existencia de variables relacionadas con el entorno laboral y relacional en el ámbito de la salud mental que puede hacer que este estigma no solo se mantenga sino que aumente. Por este motivo resulta relevante estudiar la influencia de las distintas variables a nivel individual y de dispositivos en el estigma de proveedores de salud mental hacia personas con trastornos mentales graves.

Para abordar el tema se presentan antecedentes epidemiológicos de los TMG para luego dar algunas definiciones que permitan comprender el concepto de trastorno mental grave. Posteriormente se presentará del concepto estigma y las tipologías existentes lo que permitirá al lector comprender las distintas perspectivas y formas de abordar este fenómeno. Luego, se entregarán datos sobre las implicancias de la estigmatización de los profesionales y técnicos de salud mental hacia las personas que padecen de TMG. En base a estos antecedentes, se pretende problematizar este fenómeno abordándolo desde una perspectiva ecológica para entender las interacciones entre variables del entorno o contexto organizacional del ámbito de la salud mental y variables individuales que pueden tener alguna implicancia en el surgimiento, mantención o aumento del estigma en proveedores de salud mental.

# **1 MARCO TEÓRICO**

## **1.1 Trastornos Mentales Graves y Estigma. Aspectos generales**

Según el informe WHO-AIMS de Chile, los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en el país (Ministerio de Salud, 2014). En los últimos 12 meses, el 22% de la población alcanza los criterios diagnósticos de alguno de estos trastornos, lo que contribuye de manera significativa a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Además, son responsables de un 23% de la carga de enfermedad en el país. Estas cifras constituyen un indicador relevante para considerar la pertinencia de las investigaciones en esta área de la salud mental.

En este sentido, la preocupación a nivel nacional sobre estos padecimientos se observa en la implementación de políticas de salud que priorizan la atención de trastornos mentales graves (TMG) tales como el primer episodio de esquizofrenia y el trastorno bipolar, en el Plan de Garantía Explícitas en Salud (GES). Considerando estos esfuerzos en materia de salud mental, aún es necesario propiciar el desarrollo de un contexto social adecuado, que favorezca el reconocimiento y respeto por los derechos de las personas con TMG, para facilitar su plena inclusión social a través de la participación y vinculación efectiva con su entorno mejorando de este modo el nivel de funcionamiento social a través de la integración al trabajo, la educación y el acceso a salud (Corrigan et al., 2014).

Definir los TMG y sus criterios ha sido complejo. Desde los primeros estudios se ha intentado establecer una única definición, pero no ha sido posible debido a la diversidad

de criterios que existen (Conejo Ceron et al., 2014; Moreno-Küstner et al., 2014; Schinnar et al., 1990).

Como plantean Ruggeri et al. (Ruggeri et al., 2000), no existe un acuerdo internacional para el concepto de TMG, por este motivo el National Institute of Mental Health (National Institute of Mental Health, 1987) entrega una serie de criterios que permiten una definición operacional de trastorno mental grave basado en el diagnóstico, duración del trastorno y discapacidad.

1. Diagnóstico: Incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad.

2. Duración de la enfermedad y del tratamiento: Tiempo superior a los dos años.

3. Presencia de Discapacidad: Originalmente se determinó por la presencia de al menos tres de los ocho criterios que especificaba el NIMH, pero que posteriormente se sustituyeron por la existencia de una disfunción moderada o grave del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning), que indica el grado en que afecta el trastorno, en el funcionamiento laboral, social y familiar.

## **1.2 Definición y características de Estigma**

El concepto tradicional de estigma que se ha usado en las ciencias sociales, proviene de la sociología. Goffman (1970) plantea que el estigma se establece en el lenguaje de las relaciones y no en el espacio de atributos, es decir, el estigma no se posee sino más bien se produce en las interacciones sociales. Para comprender qué implicancias

tiene para las personas que son estigmatizadas, este autor intenta dar respuestas a tres interrogantes: primero, establecer una definición de estigma y saber qué efectos tiene sobre los individuos (es decir, sobre la situación de la persona estigmatizada y sus conductas), luego, conocer la naturaleza del estigma y sus mecanismos de producción, y, finalmente, sus funciones y quiénes lo administran.

Este autor define el estigma como un atributo profundamente deshonroso y desacreditador. Los procesos de estigmatización surgirían de la discrepancia que se produce entre una identidad social virtual que se refiere a las características que debe tener una persona conforme a las normas culturales, y la identidad social actual, que se refiere a los atributos que están efectivamente presentes en ella (Goffman, 1970).

Este concepto oculta una doble perspectiva para la persona estigmatizada: la diferencia que presenta puede ser o no conocida. En el primer caso, se hace referencia a alguien desacreditado, en el segundo caso, a alguien desacreditable.

En cuanto a los mecanismos de producción del estigma, Goffman lo plantea como un rasgo general de la sociedad, por tanto es parte de una trama social donde los roles de “normal” y “estigmatizado” pueden ser intercambiables y por este motivo los sujetos pueden participar en ambos papeles en cualquier momento de la vida, es decir todos podemos, en algún momento ser estigmatizados dependiendo del contexto social donde estemos (Goffman, 1970).

En este sentido, la función del estigma se considera como un mecanismo de control social que puede ser formal a través de estructuras sociales y administrado por sujetos validados por el sistema tales como funcionarios de la salud o de justicia. Del mismo

modo, puede ser un mecanismo de control informal presente en la población general y cuya administración está sujeta generalmente a la influencia de los medios de comunicación masivos.

Desde Goffman a la fecha, en la literatura científica ha proliferado una gran variedad de definiciones y acercamientos al tema que es importante conocer.

Desde la psicología social, Corrigan and Watson (2002) señalan que el estigma está conformado por aspectos cognitivos, emocionales y conductuales. En este contexto, los componentes del estigma serían los estereotipos, prejuicios y las conductas discriminatorias. Este modelo establece que los componentes cognitivos o estereotipos son estructuras aprendidas por la mayoría de los miembros de un grupo social. Según Rüschi et al. (2005) los estereotipos resultan ser una forma eficiente y rápida de categorizar información sobre cualquier grupo social, dada la rapidez con la que las personas pueden generar impresiones sobre estos (Hilton & von Hippel, 1996). Además, los estereotipos se consideran sociales porque representan el acuerdo colectivo de nociones que se tienen sobre un grupo determinado (Corrigan, Kerr, et al., 2005). Este componente incluye un conjunto de creencias negativas y erróneas sobre las personas con TMG. Según investigaciones sobre el tema (Corrigan, Kerr, et al., 2005; Corrigan et al., 2000), las más frecuentes son las que se relacionan con la peligrosidad, la impredecibilidad, la incompetencia, la imposibilidad de recuperación y la culpabilidad en el origen del TMG (Ottati et al., 2005). No obstante, la evidencia científica ha demostrado que las personas con TMG no resultan ser más violentas que el resto de la población; al contrario, suelen ser víctimas que, producto de la estigmatización, se convierten en objeto de burla,

desprecio y violencia física y sexual (Goodman et al., 2001; Lovell et al., 2008).

Sin embargo, la presencia de estereotipos no significa que necesariamente toda la población adscriba a ellos. Se puede no estar de acuerdo con estos, pero si ocurre el caso que se acepte el estereotipo, se colocan en juego aspectos emocionales negativos lo que genera actitudes y valoraciones prejuiciosas (Rüsch et al., 2005).

El segundo componente, prejuicio, corresponde a predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría de la población experimenta con respecto a los miembros de grupos minoritarios, cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas, en este caso, respecto de las personas con TMG (López et al., 2008). Los prejuicios pueden o no llevar a la discriminación efectiva, es decir, a una disposición a desarrollar acciones que generalmente perjudican al grupo estigmatizado, lo que en las investigaciones ha sido estudiado a través de la variable de distancia social deseada (López et al., 2008). Así, el tercer componente, la discriminación, se traduce en acciones de evitación, rechazo y restricción de derechos. En el ámbito social, esta discriminación se hace efectiva en las áreas laboral, familiar, educativa o social, afectando la inclusión social (Thornicroft et al., 2009).

Estos tres componentes (estereotipo, prejuicio y discriminación) se presentarían unidos reforzándose mutuamente. Los estereotipos se aceptarían en la medida que coinciden con los prejuicios, lo que generaría discriminación en la conducta, sin embargo, esto se mantiene en discusión, dado que no siempre las actitudes determinan de manera directa la conducta real (López et al., 2008).

Si bien esta definición explica la forma en cómo se construye el estigma, está

enfocada fundamentalmente a nivel individual. El concepto de estigma como plantea Pedersen (2009) es un concepto dinámico, fluido, temporal y contingente, por este motivo se debe considerar también como un proceso social.

Desde el campo de la sociología algunos autores plantean la necesidad de ajustar aún más la definición de estigma. Link & Phelan (2001) plantean dos razones para esto. Primero, que los investigadores no incluyan las percepciones de las personas estudiadas, resulta en una mala comprensión de su experiencia y, por tanto, persisten premisas infundadas. En segundo lugar, la necesidad de considerar otros aspectos contextuales del sujeto, dado que la investigación en estigma se ha enfocado principalmente en la percepción de los individuos y en las consecuencias del estigma en interacciones a nivel micro (Link & Phelan, 2001).

Centrándonos en este segundo aspecto, que es la base de la presente investigación, se presenta la perspectiva sociológica del estigma.

Link & Phelan (2001) definen el concepto de estigma como un proceso que surge de una serie de operaciones articuladas. En primer lugar, ocurre una identificación social de diferencias humanas que son etiquetadas; es posible observar que, en el etiquetamiento, hay una connotación social diferente si se trata de trastornos como la esquizofrenia en comparación con otro tipo de trastornos. En segundo lugar, a través de las creencias culturales dominantes, se vincula este etiquetamiento con características personales indeseables o estereotipos. En el caso de la etiqueta de “paciente con TMG”, se acopla a la creencia (estereotipo) de peligrosidad con la que cargan las personas con estos padecimientos. Posteriormente, las personas etiquetadas son ubicadas por el grupo social

dominante en un exogrupo, generándose la separación entre “ellos” y “nosotros”. En este nivel, las personas etiquetadas experimentan una pérdida de estatus lo que conduce a una visión negativa de ellas, por este motivo, son percibidas como radicalmente diferentes de los que no comparten la etiqueta.

Respecto de la discriminación, Link & Phelan (2001) la consideran como efecto del proceso de estigmatización. Para explicarlo elaboran una clasificación de la discriminación en tres tipos. En primer lugar, la discriminación estructural involucra a los aspectos estructurales y determinantes a nivel social (normas, políticas o procedimientos que restringen derechos y oportunidades a personas con TMG) que tienen incidencia en los procesos de exclusión (Corrigan et al., 2004). En segundo lugar, la discriminación directa es definida como aquella ejercida por personas que reproducen la creencia estereotipada. En el ámbito de la salud es posible considerar las diversas experiencias de rechazo que refieren los usuarios de servicios de salud mental como la negación para que puedan elegir tratamientos, el rechazo de las opiniones de los usuarios, menores probabilidades de recibir procedimientos avanzados, entre otros (Angermeyer & Matschinger, 2003; Lee et al., 2005; Lundberg et al., 2007).

El último tipo de discriminación, opera a nivel psicológico en las personas que son objeto de ella y alude a la devaluación que sienten estos sujetos; se sienten menos dignos de confianza, menos inteligentes y menos competentes.

Finalmente, la definición de estos autores indica que en el proceso de estigmatización se legitiman las diferencias de poder y se reproducen las inequidades y la exclusión social. Para Link & Phelan (2001), el estigma estaría vinculado a algún tipo de

poder (económico, político y social), el cual permite estigmatizar y operaría en el punto de entrecruzamiento con la cultura y las estructuras sociales. Sin embargo, muchas veces la dimensión del poder en el estigma es pasada por alto, ya que se asume que la condición de ser diferente no sería problemática para el grupo que estigmatiza. Esto se debería a la tendencia a enfocarse en las características negativas asociadas con las enfermedades o trastornos (trastornos mentales, obesidad, enfermedades infecto-contagiosas), más que a centrarse en las diferencias de poder entre el grupo estigmatizador y el estigmatizado. De este modo, el etiquetamiento produce una sustitución de ser-sujeto por el ser-cualidad de la etiqueta. En el caso de los TMG esto tiene una repercusión mayor, ya que la persona estigmatizada difícilmente puede retornar a su posición social anterior.

Por otra parte, algunas definiciones más actuales han pretendido ajustar el concepto al ámbito de la salud. Weiss & Ramakrishna (2006) plantean una definición de estigma más específica al contexto particular de salud, a saber:

“...un proceso social o la experiencia personal caracterizada por la exclusión, el rechazo, la culpa, o la devaluación que es resultado de la experiencia o la anticipación razonable de un juicio adverso social sobre una persona o el grupo identificado con un problema de salud particular” (Weiss & Ramakrishna, 2006, p. 536).

Además, algunos autores han considerado incorporar ajustes en el concepto de estigma para involucrar las dimensiones sociales en problemas de salud pública, contextualizándolos en la globalización y el multiculturalismo (Corrigan et al., 2006; Corrigan, Watson, et al., 2005; Link & Phelan, 2001).

En esta línea, existen investigaciones que se han ido centrando en el estudio de procesos socioculturales y en aspectos estructurales relacionados con el estigma, así como también en los factores que hacen variar la forma en cómo se expresa y se experimenta el estigma (Parker & Aggleton, 2003; Scambler, 2009; Weiss & Ramakrishna, 2006; Yang et al., 2007).

### **1.3 Tipología del Estigma**

Una primera tipología de estigma es la planteada por Goffman (1970) quien establece tres grandes grupos: los estigmas físicos, que consideran todos aquellos casos de diferencias físicas visibles; los de carácter o personalidad, tales como homosexualidad, desórdenes mentales, delincuencia, personalidades adictivas y, los relacionados con identidad grupal o por atributos raciales, religiosos y de nacionalidad (estigmas tribales) (Pedersen, 2009). En el caso de los trastornos mentales, estos se ubicarían en la segunda categoría planteada por Goffman. Posteriormente, Corrigan & Shapiro (2010) entregan una clasificación sobre el origen del estigma, dando cuenta de que existen al menos dos grandes clasificaciones, el auto estigma y el estigma público.

Considerando el origen del estigma, diversas revisiones teóricas (Gerlinger et al., 2013; Livingston & Boyd, 2010) establecen la siguiente categorización:

*El estigma estructural*, definido también como estigma institucional, según Livingston & Boyd (2010) se presenta a nivel macro (sistema) y hace referencia a la posible discriminación existente en leyes, políticas e instituciones públicas y privadas, que

cuentan con poder para restringir los derechos y oportunidades de las personas con un TMG (Corrigan, Watson, et al., 2005; Henderson et al., 2014).

*El estigma social* o estigma público, se presenta a nivel de grupo (nivel meso) y describe el fenómeno de estigmatización que aplican los grupos sociales mayoritarios hacia un grupo minoritario. Esto implica que están de acuerdo con el estereotipo negativo y actúan en contra del grupo al cual se estigmatiza. Según Livingston & Boyd (2010) este tipo de estigma puede aparecer en cualquier estamento de la sociedad incluyendo familiares de personas con diagnóstico de TMG o incluso en los proveedores de la salud mental (Corrigan & Watson, 2002).

*El estigma internalizado*, involucra el autoestigma y el estigma percibido. Según Livingston & Boyd (2010) este estigma estaría presente en un nivel micro. Describe el proceso por el cual los individuos estigmatizados anticipan el rechazo social, por lo que creen y asumen que son personas desvalorizadas en la sociedad (Corrigan et al., 2006; Corrigan, Kerr, et al., 2005; Corrigan & Watson, 2002). El autoestigma se refiere a un proceso donde la persona con TMG acepta la evaluación negativa de la sociedad incorporándola en su sistema valórico y en su self (Livingston & Boyd, 2010). Se ha podido establecer que alrededor del 40% de las personas con un TMG presentan altos niveles de autoestigma, el cual es potenciado por actitudes negativas de grupos que mantienen contacto directo con esta población como personas cercanas y profesionales y técnicos de la salud mental (Mascayano et al., 2015). Algunas investigaciones han podido demostrar que el solo hecho de anticiparse al estigma, se asocia a una reducción de la autoestima y la autoeficacia en personas con TMG (Kleim et al., 2008; Link et al., 2001).

Por otro lado, el estigma percibido describe las consecuencias negativas que resultan de las creencias de discriminación y devaluación que experimentará una persona por padecer un TMG.

Otro tipo de estigma que se mencionará para comprender el carácter relacional de este proceso, es el **estigma asociativo**, también denominado como estigma por cortesía. Se define como el estigma que experimenta una persona debido a la vinculación reconocida a personas o grupos que pertenecen a una categoría estigmatizada en la sociedad (Goffman, 1970). Afecta principalmente a las familias de las personas que son diagnosticadas con TMG, limitándolas en su vida social, lo que tiene un impacto directo en su calidad de vida. En ellas se produce un nivel semejante de aislamiento y exclusión social al que sufre la persona con TMG (Struening et al., 2001).

Actualmente se ha podido observar que este tipo de estigma también se presenta en profesionales y técnicos de la salud mental. Según el estudio de Verhaeghe & Bracke (Verhaeghe & Bracke, 2012), el estigma asociativo afecta principalmente a los profesionales ligados a la salud mental. Dentro de las causas de la aparición de este estigma están las evaluaciones negativas que hacen los familiares de personas con TMG, pares profesionales de otras áreas de la salud y la población en general. Esto da como resultado una pérdida de estatus en estos profesionales que les afecta tanto a nivel personal, como a nivel profesional (Schulze, 2007; Verhaeghe & Bracke, 2012).

Resulta de especial relevancia el estigma que presentan profesionales y técnicos de la salud mental, dado que toma aspectos propios del estigma social pero también incluye aspectos del estigma estructural. Es decir, estos funcionarios no solo comparten los

estereotipos propios de la sociedad en la cual viven, sino que también incorporan aspectos relacionados con la cultura del ámbito de la salud que está permeado por las políticas públicas y directrices estructurales de la institucionalidad. En este sentido, Charles (2013) plantea la necesidad de definir un subtipo de estigma propio de los funcionarios de salud. La propuesta indica que este estigma correspondería a actitudes negativas, creencias y conductas que se presentan de forma particular en proveedores de salud hacia los usuarios que padecen TMG. Dado que ocurre en un espacio particular y está mediado por los roles de los participantes (usuarios-profesionales), este estigma puede ser explicado sólo por una exhaustiva observación del contexto en el cual los servicios de salud son entregados y recibidos.

#### **1.4 Dimensiones del Estigma**

El estigma es un proceso que está determinado por la forma e intensidad en la cual se presenta. El primer trabajo que señaló la existencia de 6 dimensiones que facilitan el proceso de estigmatización por parte de la sociedad fue el de Jones et al. (1984); posteriormente otros autores identificaron las dimensiones de estabilidad, controlabilidad y compasión (Corrigan et al., 2000; Corrigan, River, et al., 2001). Según Ahmenadi (2011), estas pueden presentarse independiente o simultáneamente para generar estigma. Las dimensiones involucradas son:

*Encubrimiento.* Se relaciona con la posibilidad o no de ocultar características físicas, mentales o sociales que son estigmatizadas por la población. El continuum de estos

atributos va desde características visibles como las raciales o deformaciones físicas, hasta las marcas ocultas como historias de encarcelamiento, o los trastornos mentales, que pueden no darse a conocer a otros. Esto implica que cuando se presentan características fácilmente visibles que no son deseadas socialmente, el estigmatizar resulta más fácil para la población. De este modo, se puede comprender por qué los trastornos mentales más visibles en cuanto a sintomatología serían más fáciles de reconocer y, por ende, de estigmatizar, como ocurre con la esquizofrenia cuando se encuentra en períodos de descompensación (Hinshaw, 2007). Por otra parte, esta dimensión revela el dilema que surge en las personas que padecen un TMG de dar a conocer o no su diagnóstico psiquiátrico. El encubrimiento podría servir en parte como una forma de protección contra el rechazo social, pero a la vez aumenta el autoestigma de la persona al reconocer su condición psiquiátrica como algo negativo.

*Evolución (Curso).* Se refiere a la estabilidad o inestabilidad de los atributos estigmatizados. El curso de estos afectará las relaciones personales. Atributos estigmatizados a largo plazo (o más estables) se asocian con baja aceptación en la sociedad. Por este motivo, los TMG tienden a generar más rechazo en la población general que otro tipo de padecimientos. La creencia sostenida en la población es que estos son inevitablemente crónicos y sin remisión. Por ello, esta dimensión sería clave para comprender la estigmatización (Hinshaw, 2007).

*Disruptividad.* Corresponde a la percepción que se tiene de características estigmatizantes que impiden las relaciones interpersonales entre estigmatizados y no estigmatizados. La impredecibilidad y la inconsistencia en la conducta de los usuarios son

características que a menudo contribuyen a que la población considere cierta dificultad para establecer relaciones sociales con las personas que presentan diagnóstico TMG, por lo que esta dimensión actúa como un mecanismo de juicio social respecto de la aceptación o rechazo. La percepción de impredecibilidad de la población general activa las aprehensiones y temores hacia ellos, generando alejamiento y rechazo para establecer algún contacto interpersonal. Se puede corroborar que las características o rasgos que se presentan de forma intermitente son vistos con más desconfianza y menos tolerancia, por lo que el ser impredecible se asocia a lo inestable en aspectos de personalidad (Ahmenadi, 2011).

Cualidad estética. Hace referencia a la estigmatización hacia sujetos que no cumplen con los cánones de apariencia y de estética esperados. Se ha podido observar que en las personas con TMG el uso de psicofármacos puede afectar movimientos motores e incluso la musculatura facial, tal como el síndrome de disquinesia tardía. Estas respuestas motoras resultan ser no aceptables por parte de la población general (Venegas et al., 2003).

Origen. Se encuentra asociada al concepto de responsabilidad en el actuar. Esto quiere decir que a las personas consideradas como causantes de su problema, se les trata de manera más severa y castigadora que aquellas percibidas como no responsables de su condición.

Una dimensión muy relevante para el estigma y estrechamente vinculada con el concepto de origen, es la de controlabilidad. Este concepto explicaría que las conductas consideradas extrañas, así como rasgos de personalidad extraños, deberían ser controlados por el sujeto que los presenta y que el hecho de no hacerlo implicaría una personalidad

débil (Hinshaw, 2007). Según el modelo motivacional de Weiner (1986) la controlabilidad de la causa genera emociones que explicarían el rechazo que se produce hacia personas con TMG, por el surgimiento de emociones como la ira. En tanto, la visión de un trastorno como incontrolable genera compasión y, por ende, mayor aceptación social de las personas que lo padecen.

Un estudio que analiza la relación de la controlabilidad y la aceptación o rechazo entre patologías físicas y TMG corroboran lo anteriormente señalado, al observarse una percepción más negativa hacia los TMG (Hinshaw, 2007). Según lo señalado anteriormente, con los trastornos mentales y conductuales se mantendría la creencia de que estos pueden ser controlados por los propios sujetos y el no hacerlo se atribuiría a una carencia de esfuerzo y capacidad personal (Ahmenadi, 2011).

*Peligrosidad.* Se refiere a la percepción de peligro que generan personas con características estigmatizables. Su presencia es directamente proporcional a la amenaza percibida y al daño que produciría el atributo estigmatizado. En el caso de los trastornos mentales graves, la peligrosidad estaría relacionada con el estereotipo de violencia fomentado por los medios de comunicación, que exageran la impredecibilidad en las personas con TMG (Corrigan et al., 2003; Feldman & Crandall, 2007; Hinshaw, 2007; Jorm et al., 2012; Lamsma & Harte, 2015; Seeman et al., 2016; Torrey, 2011). La peligrosidad asociada al estigma contribuye a la evitación y exclusión de personas estigmatizadas por parte de la población. Esto ocurre en dos sentidos: en primer lugar, podría afectar su integridad física (debido a la creencia de violencia asociada) y, por otra parte, afectaría el prestigio o imagen social de estos, debido a su relación con el estigma

asociativo (Blaine, 2013).

La importancia y preponderancia de estas dimensiones en la presencia de estigma varía entre los investigadores. Crocker, Major & Steele (1998) plantean que la controlabilidad y la visibilidad serían las dimensiones más importantes del estigma. La visibilidad determinaría el cómo las personas se enfrentan con el estigma, cuánto esfuerzo utiliza para ocultarlo y el grado con el cual se comparan socialmente con otros grupos estigmatizados. Por otra parte, la controlabilidad involucra directamente la responsabilidad de la persona que tiene el estigma en la mantención o eliminación del mismo. Por su parte, Ahmenadi (2011), considera que el estigma sería una variable latente que se conformaría por todas las dimensiones anteriormente señaladas.

## **1.5 Distancia Social y Trastorno Mental Grave**

Como se ha planteado anteriormente, el estigma es considerado una de las barreras más importante para la inclusión social y participación de las personas con TMG (Corrigan & Watson, 2002). Además de las actitudes o creencias negativas, el estigma también puede expresarse por la distancia social hacia estas personas. Este fenómeno se considera como una forma más extrema y perjudicial del estigma (Corrigan & Watson, 2002; Harma et al., 2014), porque conduce a desarrollar comportamientos discriminatorios (Hinshaw, 2005).

La distancia social es definida por Robert Park y posteriormente Bogardus desarrolla el concepto. Construye la primera escala y los indicadores estadísticos para

medir la discriminación presente en población general hacia minorías raciales y étnicas (Crull & Bruton, 1979).

En el ámbito de la salud mental, este concepto es relevante debido a que las personas con TMG experimentan una pérdida de estatus y de credibilidad como consecuencia del diagnóstico psiquiátrico. Se considera que la distancia social es el factor donde se puede percibir mejor el estigma hacia estas personas (Lauber et al., 2003).

Este concepto es definido como el interés relativo de una persona a participar en relaciones que varían en grados de intimidad con otro/a cuya identidad está estigmatizada. En el caso de las personas con TMG, la distancia social reflejaría la voluntad para involucrarlas en actividades cotidianas (Corrigan, Edwards, et al., 2001; Corrigan et al., 2000).

En el estudio de Lauber et al.(2003) se observó que las reacciones emocionales negativas hacia personas con TMG permitieron predecir mayor distancia social. Por otra parte, el conocimiento sobre los trastornos mentales puede actuar en dos sentidos. Primero, acentuar la distancia social. Al respecto, estos autores señalan que la comprensión médica de los trastornos mentales refuerza la imagen de enfermedad y la conciencia de las características negativas del trastorno, por lo que la distancia social es mayor. Esta situación es más notoria, según estos autores, en los casos diagnosticados con esquizofrenia. En segundo lugar, si se considera el trastorno mental como una crisis vital, la distancia social evaluada es menor.

Además se considera que la distancia social es un concepto multifacético, que estaría influido por factores socio económicos y culturales, pero también por la actitud

general de la persona hacia los problemas en salud mental (Kasow & Weisskirch, 2010; Lauber et al., 2003).

Algunos autores consideran que la medición de la distancia social es lo más cercano a un tipo de gold standard en investigaciones sobre actitudes (Link et al., 2004). Por este motivo es que resulta importante considerarlo como variable en los estudios sobre estigma ya que además es considerada como una variable proxy de la discriminación conductual (Crocker et al., 1998).

## **1.6 Consecuencias del estigma en los trastornos mentales graves**

Los trastornos mentales graves tienen consecuencias importantes en la vida de las personas que los padecen, dado que algunos síntomas son muy discapacitantes. Sin embargo, no solo estos aspectos afectan de manera directa sino que también se incluye la visión estereotipada y negativa que tiene la sociedad sobre este tipo de trastornos. Esto último, repercute en la relación cotidiana con la población general e incluso con los proveedores de salud que los atienden. Conductas como el rechazo social y el cuestionamiento, provocan en las personas con TMG aislamiento y evitación del contacto social (Lauber et al., 2003; Link et al., 2001). Estas conductas de rechazo y los sentimientos negativos constituyen un constructo multifacético que se denomina estigma (Penn & Martin, 1998).

Las consecuencias del estigma hacia personas con TMG pueden considerarse a nivel individual, social y estructural.

Nivel Individual. El principal impacto en este nivel es el auto estigma o internalización del estigma público el cual tiene implicancias en la autoestima y autoeficacia de las personas (Corrigan et al., 2006). Las personas con diagnóstico de TMG reducen los contactos sociales por lo que abandonan trabajo, familia o aspectos relacionados con la realización una vida independiente, esto además repercute en el plano afectivo y sexual, ya que son etiquetados de peligrosos o con serias deficiencias en el ámbito de habilidades personales (Muñoz et al., 2011; Schulze & Angermeyer, 2003).

Nivel Social. Por otra parte, el estigma social hace que la población general se aleje de estas personas evitándolos o aislándolos, por lo que el espacio relacional se ve reducido al núcleo familiar. La estigmatización social excluye a las personas con TMG de ámbitos esenciales para el desarrollo personal tales como trabajo y contrato (Cechnicki et al., 2011; Michaels et al., 2012; Russinova et al., 2011) lo que dificulta la posibilidad de tener una vida independiente al estar limitado en el acceso a bienes y servicios. Asimismo, las opciones de vida independiente se reducen al no tener la posibilidad de obtener una vivienda o alquilarla (Link & Phelan, 2001).

Otro ámbito relevante que se ve afectado es el educacional debido a que las personas con TMG tienen menos opciones de continuar sus estudios, los que se ven truncados dado que el padecimiento suele aparecer en la adolescencia. Asimismo, una vez que tienen el diagnóstico de TMG presentan serias dificultades para acceder a la educación superior.

En el ámbito de la salud, el estigma produce distancia en la relación profesional-usuario dado que genera rechazo en los profesionales. Este rechazo es el motivo por el

cual las personas retrasan la búsqueda de atención, el acceso a tratamientos o el cumplimiento las prescripciones médicas (Pedersen, 2009). El resultado de esto puede traducirse en eventuales recaídas o re-hospitalizaciones (Michaels et al., 2012).

Consecuentemente, puede provocar bajos resultados en los tratamientos e intervenciones lo que provocaría en los equipos frustración y bajas expectativas de resultados, elementos que incrementarían el pesimismo, pérdida de empatía y desarrollo de actitudes negativas y consecuentemente estigma hacia este tipo de personas (Clarke et al., 2014). Asimismo, las intervenciones mecanizadas que responden a criterios de rendimiento de equipos más que al desarrollo de vínculo con los usuarios contribuyen al distanciamiento y a la falta de conocimiento del curso y cuidados que requieren este tipo de trastornos, por este motivo, los aspectos emocionales y afectivos que presentan los profesionales y técnicos de la salud mental se ven influidos por los eventos o condiciones laborales que van afectando su desempeño y se traducirían en actitudes negativas hacia los usuarios.

De este modo, los profesionales de la salud son vistos como una fuente significativa de estigma social, siendo una de las razones por las cuales las personas con TMG desisten de buscar ayuda y se constituye en una barrera para la atención y cuidados.

Nivel Estructural. El estigma de los profesionales de la salud también se relaciona con aspectos de la estructura institucional, por lo que el impacto de este estigma no solo responde a la relación en la atención, sino que también tiene implicancias a nivel de decisiones institucionales (Charles, 2013).

A nivel nacional se ha podido establecer que las principales deficiencias

legislativas y de políticas públicas se orientan al plano de atención en salud y a políticas laborales (Observatorio de derechos humanos de las personas con discapacidad, 2014; World Health Organization, 2003). Consistente con lo anterior, el sistema social y político permite una serie de inequidades que aún no son resueltas, tales como la contratación por sueldos menores al mínimo legal, imposibilidad de contraer matrimonio y poder defender legalmente sus propiedades o bienes (Observatorio de derechos humanos de las personas con discapacidad, 2014)

En resumen, el estigma de los profesionales de la salud provoca una serie de situaciones que son reportadas por los usuarios como barreras en sus tratamientos y procesos de recuperación.

### **1.7 Estigma social y proveedores de la salud**

Según Whal & Aroesty-Cohen (2010), los profesionales de la salud son vistos por sus usuarios como referentes y líderes de opinión respecto de materias relacionadas con la salud, las que son consideradas por usuarios y familiares como centrales para la comprensión de los TMG. Asimismo, las actitudes que presentan hacia las personas diagnosticadas con TMG se constituyen en modelos para la familia y cercanos en cuanto a la forma de interacción y de acogida emocional. Además, los usuarios depositan su confianza en los profesionales, lo que les permitiría obtener apoyo en su tratamiento y rehabilitación.

En investigaciones empíricas se ha podido demostrar la presencia de estigma en

los profesionales y técnicos de la salud, siendo incluso más alto que lo reportado en estudios con población general. Por este motivo, se puede concluir que las dificultades en la inclusión social de personas con TMG se asocian más a los efectos negativos del estigma que a los síntomas propios del trastorno mental grave (Hanisch et al., 2016).

En este sentido, la presencia de estigma en profesionales de la salud puede entenderse como un fenómeno paradójico, dado que se debiera presentar una postura más empática, comprensiva y de aceptación del trastorno mental, considerando que precisamente son los profesionales de la salud (y en particular los de la salud mental) quienes tienen más contacto, más conocimientos y más relación con las personas diagnosticadas, a diferencia de lo que ocurre con la población general. Los resultados en las investigaciones indican que al comparar actitudes estigmatizadoras entre profesionales de la salud y población general no existen diferencias significativas respecto del deseo de distancia social (Lauber et al., 2006; Nordt et al., 2006). Otros estudios, muestran incluso, que los profesionales presentan más actitudes estigmatizadoras que la población general (Ishige & Hayashi, 2005; Lauber et al., 2006; Linden & Kavanagh, 2012; Schmetzer et al., 2008).

En conclusión, la estigmatización presente en este ámbito contribuye a la inequidad en el acceso a los servicios de salud física o mental. Esto, en la vida cotidiana, se traduce en que las personas con TMG pueden alejarse de los servicios de atención lo que reduce notablemente las posibilidades de acceder a los cuidados de salud tanto en el ámbito físico como en el mental.

### **1.7.1 Estigma en proveedores de la salud mental**

En el caso de la salud mental, el estigma de los profesionales tiene mayor influencia en las personas con TMG debido a la cercanía y conocimiento que tienen los proveedores de salud sobre los trastornos que presentan. Asimismo, la dinámica de la relación va a influir sustancialmente en los resultados de tratamientos y cuidados. Una revisión sistemática sobre cuidados de salud mental comunitaria en personas con esquizofrenia concluyó que los principales problemas reportados por los usuarios estaban relacionados con el vínculo interpersonal que tenían con los profesionales tratantes. Las principales observaciones fueron el no querer ser tratados como enfermos mentales o incapaces. A la vez, las personas declararon sentir paternalismo o sobreprotección por parte de médicos generales y equipos de salud mental (Mestdagh & Hansen, 2014).

Otro problema presente, se relaciona con el sentimiento de rechazo que perciben las personas con TMG por parte de los proveedores de salud mental. Liggins y Hatcher (Liggins & Hatcher, 2005) reportaron que las personas con TMG se sentían estigmatizadas y excluidas por los profesionales de salud mental en espacios como la terapia o en conversaciones cotidianas. En este sentido, algunos estudios indican que las actitudes negativas de los profesionales se evidencian en la comunicación con la persona, contribuyendo al autoestigma en los usuarios (Corrigan & Watson, 2002), o también evitan el contacto con los centros de salud por el temor al diagnóstico y la preocupación sobre lo que otros puedan pensar de ellos (Vicente et al., 2005).

También se ha reportado en algunas investigaciones que las personas se sienten estigmatizadas en situaciones donde el profesional desconoce sus historias de tratamiento

o seguimiento, limitándose a otorgarles intervenciones estándar para el control de síntomas. Se menciona también la falta de información sobre tratamientos, como una situación que aporta al estigma y a la discriminación (Schulze & Angermeyer, 2003).

Respecto de este último punto, las investigaciones señalan la importancia de esto aunque los resultados no son concluyentes. Ücok et al.(2004) señalan que cerca de la mitad de los profesionales psiquiatras encuestados (43% a un 49%) no informan el diagnóstico a la persona con TMG. Sin embargo, otras investigaciones indicarían lo contrario (Kingdon et al., 2004).

Por otra parte, el estigma puede afectar la decisión diagnóstica de un trastorno mental. En un estudio que incluyó un análisis sobre la capacidad de reconocimiento de un TMG por profesionales de salud mental, se pudo observar que la mayoría de los profesionales fue capaz de reconocer casos de esquizofrenia y depresión mayor, sin embargo 1 de cada 4 psiquiatras y psicólogos consideraron como trastorno mental grave, casos sin síntomas psiquiátricos (Nordt et al., 2006).

La evitación de los profesionales es otro punto relevante al estudiar el estigma. Se ha podido demostrar presencia de distancia social entre profesionales de salud mental. Según Nordt, Rössler & Lauber (2006) los profesionales presentarían distancia social diferenciada hacia los trastornos mentales. La distancia social fue menor hacia la depresión mayor y casos sin síntomas psiquiátricos que hacia la esquizofrenia. Este último trastorno, al parecer, representa el estereotipo aplicado a los TMG, motivo por el cual en diversos estudios se atribuye a este cuadro características más negativas y de mayor estigmatización (Angermeyer & Matschinger, 2003; Crisp et al., 2005; Wood et al., 2014).

Cabe destacar que el estudio de Nordt et al. (2006) plantea que un mejor conocimiento de los profesionales de salud mental sobre los TMG o su apoyo a los derechos individuales no implica menos estereotipos, ni genera más cercanía para actuar recíprocamente con personas que presentan estas dificultades. Si bien los profesionales de la salud mental son menos proclives a aplicar restricciones en cuanto a derechos individuales y políticos que la población general, presentaron una predisposición mayor a la internación involuntaria, considerándola como una forma de ayudar a las personas con TMG.

Algunos estudios encontraron que aunque los profesionales se muestran más favorables a los servicios comunitarios que la población general, ambos grupos no presentan diferencias significativas respecto de la distancia social hacia personas con TMG.

En relación a las profesiones relacionadas con salud mental y el estigma presente, las investigaciones señalan resultados no concluyentes. Si bien se ha observado más presencia de estereotipos negativos en psiquiatras que en otros profesionales de salud mental (Lauber et al., 2004; Nordt et al., 2006) también se ha podido constatar que los psiquiatras tienden a rechazar atributos negativos tales como peligrosidad, responsabilidad del trastorno mental o impredecibilidad (Kingdon et al., 2004).

Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Guarneri, et al. (2004) compararon actitudes entre profesionales enfermeras de salud mental y psiquiatras, resultando que ambos grupos tuvieron expectativas positivas sobre el tratamiento, ya que estaban igualmente informados acerca de la esquizofrenia. No obstante, el 40% de los profesionales sostuvo que se podía hacer poco por estas personas, limitándose a buscar la

forma sobre cómo ayudarlas a vivir su vida en un entorno pacífico.

En esta línea, una investigación que se llevó a cabo en Australia reveló una visión negativa sobre los resultados de tratamiento para la esquizofrenia y depresión. La visión más negativa se presentó en la población de profesionales psiquiatras, seguida por los médicos generales, psicólogos clínicos y enfermeras de salud mental (Caldwell & Jorm, 2001). Esto confirma el hecho de que algunos profesionales de salud mental, presenten actitudes fatalistas frente a los trastornos mentales graves y, por sobre todo, hacia la recuperación, lo que los lleva a pensar que es innecesario algún tipo de esfuerzo para lograr algún resultado positivo en materia de rehabilitación (Tipper et al., 2006).

En resumen, revisiones sistemáticas sobre estudios de estigma de profesionales de la salud mental y población general hacia personas con TMG, muestran que en el 75% de las investigaciones analizadas, los profesionales presentan actitudes negativas incluso mayores que las que presenta la población general (Lauber et al., 2003; Nordt et al., 2006).

Para Hansson et al. (2013), esto va en directa contraposición con la hipótesis que los profesionales de salud mental y el contacto regular deberían favorecer las actitudes positivas. Por otra parte, un estudio en Suiza con población de psiquiatras y población general planteó como hipótesis que, dado el alto nivel de contacto entre personas con trastorno mental y profesionales, estos deberían tener actitudes más positivas que el resto de la población. A nivel general, los resultados apoyaron la hipótesis planteada, sin embargo, respecto del deseo de distancia social, no se presentaron diferencias significativas entre profesionales y público general (Lauber et al., 2004).

Esta contradicción en los resultados es llamativa, considerando que los estudios presentan

similitudes en cuanto a instrumentos utilizados o tipos de muestras. Esto puede indicar que existan otras variables, que no han sido estudiadas y que puedan estar influyendo en las percepciones de los profesionales. En esta línea, es posible observar que diversas investigaciones han considerado variables tales como tipos de intervenciones, características físicas de los centros de salud, condiciones de trabajo u otras, para explicar situaciones estigmatizantes hacia personas con TMG en el ámbito de la salud (Chee et al., 2005; Verhaeghe & Bracke, 2007, 2012; Verhaeghe et al., 2007; Verhaeghe et al., 2008; Vibha et al., 2008).

### **1.7.2 Estigma en proveedores de la salud física**

Si bien en la presente investigación solo se abordará a profesionales y técnicos de la salud mental, es necesario hacer mención al impacto que tiene el estigma en los cuidados y tratamientos de personas con TMG en el ámbito de la salud física. Las personas con trastornos mentales graves suelen presentar una alta comorbilidad con este tipo de enfermedades. Esto sería producto principalmente de los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos que provocan obesidad, problemas cardiovasculares, entre otros. La baja adherencia a la atención médica para estos problemas de salud da como resultado una alta mortalidad prematura (Capasso et al., 2008; Hausswolff-Juhlin et al., 2009; Moore et al., 2015). Históricamente se han asociado las altas tasas de mortalidad de personas con TMG a episodios de suicidios y accidentes. Sin embargo, estudios al respecto han podido establecer que solo el 40% de estas muertes son producto de causas

no naturales, el 60% restante corresponde a muertes relacionadas con causas naturales, siendo principalmente generadas por enfermedades físicas (Hausswolff-Juhlin et al., 2009).

Para Lawrence & Kisely (2010) existen varios factores que influyen en las inequidades de la atención en salud de personas con TMG. Entre estos destaca el contexto físico de la atención, esto es, la separación de servicios de salud mental de otros servicios de salud. Por otra parte, la presencia de estigma en los profesionales de salud hace que se atribuyan las dolencias físicas a los efectos de los trastornos mentales, subestimando la necesidad de servicios de salud física para las personas con TMG, lo que conlleva a un mayor riesgo de agravar en este tipo de enfermedades (Leucht et al., 2007; van Nieuwenhuizen et al., 2013) De este modo, la presencia de estigma el contexto de cuidados de la salud, contribuye notoriamente a la brecha en la expectativa de vida de personas con diagnóstico de TMG (Disability Rights Commission, 2006). Al respecto, en promedio, la mortalidad en personas con esquizofrenia es de 12 a 15 años antes que la población general (Lawrence et al., 2013). Según revisiones sistemáticas, el exceso de mortalidad anticipada estaría asociado con déficits en la calidad del cuidado en la salud física (Mitchell et al., 2009). En el estudio de Harangozo et al. (2014) se observó que más del 17% de personas experimentaron discriminación cuando fueron tratados por problemas físicos, así también, más del 38% de los participantes reportaron tratos poco amables.

Respecto de las enfermedades físicas asociadas a los TMG, las más recurrentes son: cáncer, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, diabetes, infección por VIH y suicidio. Entre estas, las patologías cardiovasculares, las respiratorias y el cáncer

presentan los rangos más elevados de incidencia y mortalidad (Lawrence & Kisely, 2010). Un estudio citado por Hausswolff-Juhlin et al. (2009) señala que personas con esquizofrenia, presentan más sobrepeso u obesidad que la población general (42% en personas con EQZ vs 27% en población general).

En el caso de la salud bucal, existen 3 a 4 veces más riesgos de perder piezas dentales en personas con TMG en comparación con la población general, por lo cual, queda en evidencia que requieren someterse de manera más periódica a tratamientos dentales (Moore et al., 2015).

En cuanto al acceso a intervenciones quirúrgicas y cuidado post-operatorios, se ha llegado a establecer que dependiendo del trastorno mental grave, el porcentaje varía entre un 41% y un 78% de personas con TMG que logran recibir este tipo de atenciones (Druss et al., 2000).

Otra consecuencia relevante en el ámbito de la atención médica es la toma de decisiones sobre su tratamiento, el que generalmente pasa por el criterio de profesionales o familiares y no por la propia persona con TMG, lo cual da cuenta de la estigmatización sustentada en estereotipos de alta dependencia hacia los otros (Angermeyer et al., 2004; Crisp et al., 2005), o la infantilización (Gonzalez-Torres et al., 2007).

## **1.8 Investigaciones sobre estigma y proveedores de salud mental**

Las investigaciones sobre estigma en profesionales de la salud son aun escasas, lo cual queda demostrado en las conclusiones de algunas revisiones sistemáticas del tema en cuestión (Schulze, 2007; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010).

Los estudios realizados han utilizado, fundamentalmente, métodos cuantitativos, considerando principalmente a profesionales médicos (psiquiatras), enfermeras y en menor proporción a profesionales no médicos tales como psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, entre otros.

En cuanto al diseño de investigación, se observa una predominancia de estudios que utilizan diseño transversal (Kingdon et al., 2004; Lauber et al., 2004; Nordt et al., 2006). Respecto de las muestras utilizadas, el meta-análisis realizado por Mak et al. (2007) reporta los siguientes tipos de muestras utilizadas: aleatorizadas de grupos objetivos, combinación de muestras aleatorizadas y muestras por conveniencia de grupos objetivos.

El estudio de Magliano et al. (2004). Esta investigación consideró centros de salud mental situados en 30 áreas geográficas de Italia, los cuales fueron seleccionados aleatoriamente utilizando como criterio representar a las tres zonas principales de Italia (Norte, Centro y Sur) y en cada área se abordó sectores con distintas concentraciones de población (más de 100.000 hbtes; entre 25.000 y 100.000 y áreas con menos de 100.000 habtes). Para las muestras se consideró la selección aleatoria de personas por cada unidad de salud.

En el estudio de Nordt et al. (Nordt et al., 2006) la investigación fue multicéntrica, con diseño transversal, se aplicó criterio censal, participando 29 hospitales de un total de 32 centros que abarcaban atención ambulatoria y de internos. Con la población general se realizó una muestra aleatoria de hogares. Algunas dificultades planteadas en este estudio se relacionaron con la carencia de listados de profesionales lo que repercutió en la cantidad de sujetos que no respondieron (Lauber et al., 2006).

Un estudio comparativo sobre actitudes de equipos de salud y estudiantes de un hospital general hacia personas con TMG utilizó un diseño transversal con muestra aleatoria en 11 unidades dentro de un hospital (Arvaniti et al., 2009).

En Suecia, una investigación comparó las actitudes de los equipos de salud hacia personas con TMG y las actitudes de usuarios de servicios de salud. Con un diseño transversal, las muestras fueron intencionadas de 14 unidades de servicios de atención, abarcando a 280 equipos, de los cuales sólo 140 respondieron a la investigación. En el caso de los usuarios, a través de una muestra aleatoria se seleccionó a un 20% de los usuarios ambulatorios (N=1195) logrando una muestra final de 141 sujetos (Hansson et al., 2013).

En el caso de las investigaciones realizadas en Latinoamérica, existe una predominancia de estudios cualitativos. La revisión sistemática realizada por Mascayano et al. (2016) recopila los estudios realizados entre 2002 a 2014. De un total de 26 investigaciones, sólo 4 consideraron a la población de profesionales. Una investigación con una muestra reducida de profesionales, usuarios y familiares, con metodología mixta orientada a validar instrumentos (Mora-Rios et al., 2013) y tres investigaciones

cuantitativas con muestras intencionadas y de diseño transversal (Des Courtis et al., 2008; Loch et al., 2011; Ronzani et al., 2009).

En general, los estudios cuantitativos utilizan instrumentos de medición de estigma como la CAMI (Community Attitudes Mental Illness) la OMI (Opinions on Mental Illness Survey), escalas de distancia social y caso-viñeta. Al respecto, se puede precisar que algunos de estos instrumentos fueron creados para evaluaciones en población general; por este motivo, además sería necesario considerar instrumentos diseñados, específicamente, para la población de profesionales de la salud mental (Charles, 2015).

Entre las investigaciones recientes se destacan al menos tres instrumentos orientados a evaluar el estigma de profesionales de salud mental:

- Mental Illness: Clinician's attitudes, desarrollada en versión para profesionales de la medicina por Kassam et al. (2010) y para profesionales de otras áreas de la salud, por Gabbidon et al. (Gabbidon et al., 2013).
- Mental Health Provider Stigma Inventory, desarrollada por Kennedy et al. (2017). Este instrumento sólo presenta el trabajo de validación y no existen reportes de aplicaciones en la actualidad.
- Mental Illness Stigma Scale for Mental Health Professionals desarrollada por Wilkins & Abell (2010). Sólo se cuenta con una presentación de un paper no publicado.

En el caso de las investigaciones cualitativas se han utilizado focus grupos o entrevistas semi-estructuradas.

En resumen, los estudios de metaanálisis y revisiones sistemáticas coinciden en señalar la presencia de diversidad en tamaños muestrales y de instrumentos de evaluación

lo que en algunos casos impide la posibilidad de hacer comparaciones de resultados. Por otra parte, se destaca la carencia de investigaciones de carácter experimental en el área, así como la carencia de indicadores como tamaño de efecto (Mak et al., 2007). Por otro lado también es destacable la carencia de estudios a nivel latinoamericano (Mascayano et al., 2016).

## **1.9 Teorías sobre Actitudes y Estigma**

### **1.9.1 Teoría de la Identidad Social y Estigma**

Desde esta perspectiva se busca conocer cómo las personas usan los constructos sociales para juzgar o etiquetar a otros que son diferentes. Los grupos mayoritarios evalúan a las personas para determinar si estas se ajustan a las normas sociales. En este sentido, Tajfel propuso que parte del autoconcepto de los sujetos estaría conformado por su identidad social definido como el conocimiento que posee un individuo respecto de su pertenencia a determinados grupos sociales incluyendo la significación emocional y el valor de dicha pertenencia (Hogg & Reid, 2006).

El comportamiento de un sujeto varía a lo largo de un continuo unidimensional que cuenta con dos extremos: el intergrupalo, donde la conducta está determinada por la pertenencia a diferentes grupos o categorías sociales, y el interpersonal, donde las conductas están determinadas por las relaciones interpersonales con otros individuos y por características personales idiosincráticas.

Tajfel & Turner (1979) plantean que la identidad social de una persona está basada en su pertenencia al grupo siendo este una fuente importante de orgullo y autoestima. Esta

pertenencia implica favorecer al propio grupo, en desmedro de los otros que son discriminados. De este modo se divide el mundo en “endogrupo” y en “exogrupo” basado en un proceso de categorización que involucra tres niveles. El primero es el de la categorización social propiamente tal, que en este caso es de “enfermo mental” para designar a las personas con diagnóstico de trastorno mental. El segundo nivel corresponde a la identificación social, que ocurre cuando se adopta la identidad del grupo al cual se pertenece y se está conforme con sus normas, por lo que se pueden aplicar estas al exogrupo. Aplicando esto a nuestro tema, los profesionales se sienten parte de este grupo y se adecuan a él. Finalmente, la comparación social, que ocurre cuando ya se ha categorizado e identificado con un grupo, entonces se tiende a comparar al endogrupo con el resto para mantener la autoestima (Jackson et al., 2009). En este caso, los profesionales se compararían con los usuarios con TMG, lo que fortalece su autoconcepto grupal, al salir favorecidos en este proceso. En este sentido, Tajfel indica que las categorizaciones sociales no corresponden a un proceso universal y autogenerativo, sino que corresponde a un proceso de asimilación de normas y valores sociales propios de la cultura a la cual se pertenece.

La categorización social permite comprender la dinámica involucrada cuando se observan sujetos que son diferentes a los del propio grupo. Así, el estigma entre los profesionales y técnicos de la salud mental puede responder a la necesidad de mantener las normas y creencias de su grupo, por lo que los aspectos culturales del sistema de salud podrían jugar un rol importante en la mantención de la estigmatización.

De este modo, los estereotipos y prejuicios -según estos autores-, cumplen

funciones cognitivas, de preservación del sistema de valores, función de ideologización y función de diferenciación con otros grupos (Garrido & Álvaro, 2015).

En la función ideologizadora, las imágenes estereotipadas surgirían con mayor rapidez cuando se deben justificar comportamientos negativos hacia otros grupos. En el plano del estigma hacia los TMG, mantener los estereotipos permite explicar la dificultad en la atención y cuidados como responsabilidad del grupo de personas afectadas.

### **1.9.2 Teoría de la Acción Razonada**

Otra perspectiva teórica que permite explicar las actitudes y su influencia en la conducta es la teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980). Este modelo destaca por ser uno de los más completos para explicar y medir factores determinantes de la conducta. Considera factores individuales y grupales. Se constituye como un modelo predictor que puede ser utilizado para explicar comportamientos en diferentes ámbitos como la salud, el laboral o el social.

Esta teoría afirma que la conducta está influenciada por la intención conductual y esta, a su vez, por la actitud y la norma subjetiva (Ubillos et al., 2004). El modelo considera la racionalidad instrumental del sujeto, quien toma decisiones en función de los resultados de comportamientos y expectativas de logros. Pero también considera la racionalidad cultural o normativa de acuerdo a la opinión favorable o desfavorable de los otros significativos. Investigaciones que se han centrado en evaluar la influencia de las creencias causales sobre las actitudes discriminadoras hacia los TMG, han logrado resultados inconsistentes (Martin et al., 2000) Algunos estudios sugieren que el interés

por interactuar con personas con TMG es más bajo si se considera que son responsables de sus condiciones. Asimismo, también se incrementa el prejuicio y aumenta el deseo de distancia social cuando surgen causales basadas en explicaciones biogenéticas (Read, 2007). Sin embargo, esto se ha discutido considerándose que las explicaciones biomédicas no serían tan importantes como las conductas asociadas con los trastornos mentales y el creer que esto se debe a la debilidad de carácter. En este sentido, la debilidad personal se vincularía con el control conductual y no con la responsabilidad en el trastorno mental (Jorm & Griffiths, 2008).

Además, esta teoría considera otro elemento, la norma social subjetiva que se sustenta en las creencias normativas que tiene la persona y que expresan la probabilidad de que la conducta a realizar resulte o no aceptable por aquellos que son importantes para el sujeto. Esta norma también influye en la motivación de la persona para adecuarse a la opinión de los otros.

En el ámbito de la salud mental, puede establecerse una premisa básica respecto de los TMG que se refiere a la existencia previa de ciertas creencias sobre la enfermedad mental, las que determinarían las actitudes, esto es, la predisposición a reaccionar de una determinada forma y desarrollar conductas específicas al respecto (García-Sílberman, 2002). Estas creencias surgen a partir de la información que está presente en diferentes medios de socialización tales como la familia, escuela, medios de comunicación masivos entre otros; así como también pueden surgir de la experiencia directa. En este sentido, la explicación de las actitudes negativas de los proveedores de salud mental puede tener una base similar a las actitudes de la población general. Sin embargo, y considerando la teoría

de la acción razonada, la influencia del grupo de trabajo puede ser determinante de esta situación. Los profesionales actuarían no solo en base a sus creencias, sino a la percepción de las expectativas sociales que pesan sobre ellos; en este sentido, el adecuarse o no a la norma grupal es central en la conducta.

### **1.9.3 Teoría de Eventos Afectivos**

Para comprender cómo las actitudes negativas de los profesionales y técnicos de salud mental pueden ser más estigmatizadoras que las de la población general, se hará referencia a la Teoría de Eventos Afectivos (TEA). En concreto, Weiss y Cropanzano proponen que los distintos aspectos del entorno laboral tales como las condiciones ambientales, los roles, el diseño del trabajo, entre otros, elicitán determinadas emociones, las cuales influyen en las actitudes y en el rendimiento laboral (Weiss & Cropanzano, 1996). Esto, en el plano de la atención en salud mental, indicaría que el entorno de trabajo contribuye a generar emociones negativas en los funcionarios sanitarios, las que a su vez influirían en actitudes de rechazo hacia las personas con un TMG.

Además señalan que los eventos laborales serían causas proximales de las reacciones emocionales que se dan en el trabajo y, a la vez, serían causas distales de comportamientos y actitudes, actuando en este caso como mediadores afectivos (entre los eventos y el comportamiento). En este sentido, los eventos con significación afectiva generan cambios en las emociones y en los estados afectivos (Weiss & Cropanzano, 1996).

De este modo, los individuos son vistos como agentes activos que interactúan de

forma dinámica con el entorno, influenciando y dejándose influenciar. Por lo tanto, esta teoría indica que las características del ambiente laboral pueden tener un efecto indirecto sobre las experiencias afectivas, ya sea aumentando o bien disminuyendo las probabilidades de que determinados eventos ocurran y, consiguientemente, que generen una reacción emocional. A la vez, las características del entorno también podrían ejercer un efecto directo sobre los componentes cognitivos de las actitudes.

En resumen, la teoría de la identidad social nos permite comprender cómo se construyen las actitudes en las personas considerando los aspectos sociales que rodean al sujeto. Por otra parte, la teoría de la acción razonada contribuye a entender cómo las actitudes y creencias determinan una conducta. Finalmente, la teoría de los eventos afectivos nos entrega un insumo importante para comprender qué elementos del contexto laboral influyen en que las actitudes negativas se vean incrementadas entre profesionales y técnicos generando estigma hacia personas con TMG.

Para comprender como es la dinámica relacional donde se expresan estas actitudes, es necesario ubicar el análisis teórico desde una perspectiva ecológica sistémica, la cual permitirá dar cuenta de la dinámica relacional que existe entre la figura de los profesionales y técnicos de la salud mental y el contexto socio-laboral en el cual se desempeñan, pues, según lo revisado, se influyen mutuamente en la construcción de actitudes estigmatizadoras hacia personas con TMG.

#### **1.9.4 Perspectiva ecológica para la comprensión multinivel del estigma en profesionales y técnicos de la salud mental**

Para comprender cómo se desarrolla o mantiene el estigma en profesionales de salud es necesario retomar la idea del estigma como un proceso dinámico. Pedersen (2009) plantea que este dinamismo ocurre en una relación dialéctica entre lo individual y lo social, que da cuenta de lo que ocurre internamente en cada sujeto, pero que se construye y genera a partir de relaciones interpersonales y sociales que se influyen mutuamente. “De esta forma, la estigmatización se entiende como un producto social, relacionado con la institucionalización, con la regulación y con las ideologías que las sustentan, así como con las decisiones hechas por los individuos, las sociedad y los estados” (Pedersen, 2009, p. 4).

Según Pedersen (2009) existen dos procesos que explicarían cómo y por qué se estigmatiza. Al primer proceso Pedersen lo llama la construcción cultural del estigma. Aquí, las conductas son valoradas ya sea de manera positiva o negativa. En el caso de los TMG, las conductas atípicas y extrañas serán valoradas negativamente; por este motivo, los estereotipos existentes en la sociedad sobre los TMG resultan altamente eficientes para cumplir con esta construcción social (Corrigan, Kerr, et al., 2005).

En el segundo proceso, la estigmatización ocurre porque la sociedad elabora prácticas, estructuras e instituciones que controlarán las conductas desviadas, lo que induce a la exclusión social y a la generación de estigma. Este proceso contribuiría a la construcción social del estigma, que dependerá del contexto, es decir, de factores sociopolíticos y culturales que determinan la mantención, aumento o disminución del

estigma hacia los TMG. Desde esta perspectiva existe evidencia de la pertinencia de considerar variables que están presente en el contexto organizacional y laboral del ámbito de la salud mental (Verhaeghe et al., 2007; Wright et al., 2003).

Asimismo, la propuesta de analizar problemáticas en salud con modelos multinivel surge con el modelo de matriz de la salud mental propuesto por Thornicroft & Tansella, quienes plantean distintos niveles: un micronivel (personal), un meso nivel (nivel local) y un macro nivel (nivel nacional) (Thornicroft & Tansella, 2005). Otros autores como Druss (2007) también desarrollan una propuesta para indagar qué factores pueden estar influyendo en la baja calidad de atención y cuidados de personas con TMG. Druss plantea un modelo de tres niveles: a nivel usuario, profesionales y sistemas de salud.

Siguiendo esta lógica, se presentarán la perspectiva ecológica que teóricamente se ajusta a la idea de análisis de niveles para comprender el estigma en el ámbito de la atención en salud mental.

#### **1.9.4.1 Perspectiva ecológica**

Como se ha mencionado anteriormente, las investigaciones han comenzado a descubrir las influencias del entorno o ecológicas que aparecen en relación con el estigma hacia los trastornos mentales graves (Miville & Constantine, 2005; Verhaeghe et al., 2007; Vogel et al., 2007; Wright et al., 2003).

La teoría de sistemas ecológicos establece que los individuos están insertos en diferentes niveles de escenarios contextuales que son contenidos por un escenario

contextual mayor (Bronfenbrenner, 1979). Cada escenario/nivel impacta e interactúa con sentimientos, conductas y funcionamiento de las personas (Okun, 2005). Un escenario/niveles definido por Bronfenbrenner como un conjunto de estructuras anidadas, cada una inserta en una superior, lo que destaca las relaciones e interconexiones entre las personas y estos escenarios/nivel (Bronfenbrenner, 1979).

Estos escenarios/niveles están divididos en cuatro y son denominados microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

El microsistema es definido como un patrón de reglas, actividades y relaciones interpersonales experimentadas por las personas en un escenario de relación cara a cara con otros con características distintivas de temperamento, personalidad y sistemas de creencias.

El meso sistema es definido como los vínculos o procesos que toman lugar entre dos o más escenarios que contienen a la persona.

El exosistema considera los escenarios que no incluyen a las personas como un participante activo, pero en el cual ocurren eventos que afectan o son afectados por las cosas que suceden en los escenarios que contienen a las personas.

Finalmente, el macrosistema corresponde a un patrón global de características micro-meso y exosistema de una cultura, subcultura o de otro contexto social dado.

En el contexto del estigma profesional hacia personas con TMG, es posible observar que en los diferentes niveles, existirían condiciones contextuales que podrían influir negativamente en las actitudes que se tienen o mantienen en el entorno de atención y servicios de salud mental.

Por este motivo, el estudio de la estigmatización de los profesionales hacia personas con un TMG implica que necesariamente se deban considerar variables a nivel individual y del contexto de la atención de salud mental donde estas personas desempeñan sus trabajos. Es conocido que una de las características más importantes de los sistemas de salud es su enorme complejidad estructural, donde coexisten varios equipos de trabajo con subculturas propias pero que, en conjunto, buscan una meta en común orientada a la satisfacción de las necesidades en materia de salud de los usuarios (Carrada, 2002). En este sentido, diversos autores destacan la necesidad de ampliar la visión en las investigaciones sobre la percepción de estigma considerando no sólo a los proveedores de la salud, sino también a los equipos y centros de salud (Lauber et al., 2006; Moreno-Küstner et al., 2011; Vibha et al., 2008).

Solo recientemente se han incluido en las investigaciones este paradigma. En apoyo a una propuesta de investigación que incluya factores contextuales del ámbito de la salud, algunos autores indican que “ignorar el contexto de los cuidados de salud mental podría ser señalado como una debilidad en la literatura relacionada con el estigma” (Verhaeghe et al., 2007, p. 187).

De este modo, se ha podido observar que el efecto de las variables en el nivel de dispositivos de salud sobre las unidades (individuos) puede ser relevante, lo que puede contribuir a explicar la presencia de estigma en los profesionales de la salud (Catalán-Reyes & Galindo-Villardón, 2003). Por este motivo, la presente propuesta de investigación busca determinar qué factores del ámbito socio-laboral de los niveles individuales y de dispositivos pueden influir en el estigma.

### **1.10 Variables relacionadas al estigma en proveedores de salud mental y dispositivos**

En relación a los planteamiento teóricos previos, se puede conceptualizar que el estigma presente en los proveedores de salud mental corresponde a “actitudes, creencias y comportamientos negativos que estos poseen y que se expresan hacia los usuarios a los que sirven” (Charles, 2013, p. 26). Si bien esta definición corrobora que este tipo de estigma comparte los componentes presentes en otras categorías de estigma, estos no surgen de los mismos procesos públicos y/o estructurales, sino que su expresión es parte de las dinámicas relacionales propias del ámbito de la atención en salud mental.

Para comprender el desarrollo del estigma presente en proveedores de la salud mental, se debe indagar en el contexto en que estos prestan servicios, incluyendo variables directas de los proveedores como las sociodemográficas, y las que surgen de las dinámicas propias del diseño del trabajo.

Morgeson et al. (2012) presentan hallazgos empíricos sobre las características del diseño del trabajo los cuales dan cuenta de variables de resultado de este diseño en cuanto a actitud, comportamiento, cognitivos y de bienestar.

Las variables orientadas a resultados actitudinales, se centran en los sentimientos del trabajador hacia su labor, equipo u organización. Uno de los resultados actitudinales en el diseño del trabajo es el Compromiso organizacional.

Por otro lado, en relación al trabajo también se reconocen resultados cognitivos. Estos constan de dos componentes: (a) los pensamientos del trabajador sobre su trabajo, y (b) la

evaluación que realiza el trabajador sobre los resultados de su labor. Dentro de las variables cognitivas se consideran la Ambigüedad y Conflicto de rol.

Otro aspecto importante de las variables de resultado del trabajo se relacionan al bienestar. Los resultados del bienestar incluyen reacciones tanto fisiológicas como psicológicas al trabajo. Dentro de estas se incluye el Agotamiento emocional y la Despersonalización.

Finalmente otro elemento que se hace presente en el ámbito de la atención en salud mental es el Estigma asociativo, entendido como el estigma experimentado por los profesionales y técnicos en salud mental debido al vínculo con personas que pertenecen a una categoría estigmatizada en la sociedad, concretamente personas con TMG (Verhaeghe & Bracke, 2012).

Son también relevante aquellas variables que consideran la percepción del ambiente de los proveedores de salud mental tales como el Clima organizacional y la Cultura organizacional.

Por otro lado, es relevante considerar también otras variables propias del contexto de la atención en salud mental como la multidisciplinariedad de los equipos, las ideologías de tratamiento, el nivel de atención de los dispositivos o incluso la pertenencia administrativa de la cual dependen estos.

### **1.10.1 Variables Sociodemográficas de los proveedores de la salud**

En este nivel, es importante relacionar algunos factores propios de los individuos que se vincularían a aspectos laborales y que podrían tener una influencia en el desarrollo y mantención del estigma. Los aspectos emocionales resultan ser relevantes al relacionarse a posibles actitudes negativas en el trabajo. La emoción más prevalente reportada por los profesionales de la salud es el temor frente a las personas con TMG (Overton & Medina, 2008). Otras emociones reconocidas por los profesionales son el disgusto, enojo y rechazo (Penn & Martin, 1998). Este tipo de emociones presentes en la relación de atención en salud, perpetuarían el estigma público y por otro lado incrementaría la presencia de autoestigma en el usuario. Por esto, los usuarios preferirían evitar el contacto con el sistema de salud, o bien no adherir a tratamientos o retrasar la búsqueda de ayuda, situaciones que, cíclicamente, fomenta el estigma de los profesionales.

Desde los proveedores de la salud, sentimientos de impotencia e inutilidad en el apoyo a personas con TMG podrían fomentar acciones de evitación y/o resistencia en la entrega de servicios de atención adecuados a personas con TMG (Cohen, 1990; Minkoff, 1987). Esto podría tener relación con la falta de especialización o de capacitación en el área. Algunas investigaciones señalan que la carencia de conocimientos adecuados, así como de apoyo y de validación del trabajo producirían en el profesional una necesidad de enmascarar sus temores a sentirse inútil, de este modo, el estigma sería un mecanismo de afrontamiento para evitar ese tipo de sentimientos (Crowe & Averett, 2015). El profesional adoptaría un rol más autoritario hacia el usuario lo que afectaría la relación terapéutica. En este sentido, Cohen (1990) señala que los profesionales de salud mental

tienden a clasificar a sus usuarios/pacientes en buenos pacientes (aquellos que aceptan sus indicaciones, con buena capacidad de introspección, expresivos) y malos pacientes, tales como aquellos con síntomas crónicos o con abuso de drogas. Estos últimos provocarían reacciones negativas en el personal de salud, de manera consciente o inconsciente, transformándose en una barrera para entregar tratamientos adecuados, lo que contribuiría en el estigma presente en los profesionales y técnicos de salud mental hacia personas con TMG (Koekkoek et al., 2006).

En general, los estudios existentes dan cuenta de una serie de variables a nivel personal que puede tener relación con el estigma profesional. Algunas variables que se considerarán en el presente estudio son las siguientes:

Edad de los profesionales. Se ha podido comprobar que la edad de los profesionales tiene influencia en la estigmatización. Sin embargo, los resultados de los estudios no son concluyentes, algunos indican que profesionales jóvenes presentan actitudes más positivas hacia personas con TMG (Arvaniti et al., 2009) y otras investigaciones concluyen que una mayor edad se relacionaría con actitudes más positivas (Vibha et al., 2008). En esta línea, también se ha observado que los profesionales con más edad consideran a las personas con TMG menos peligrosas y con menos dificultades en lo social (Lauber et al., 2006).

Educación. La educación tiene un rol importante en la formación de actitudes positivas hacia personas con TMG. Un mayor nivel de educación se relacionaría con una mejor actitud hacia estas personas. Las investigaciones evidencian evidencia una actitud más favorable de los profesionales de la salud hacia personas con TMG, que de los no

profesionales. Del mismo modo, personal con educación universitaria presenta menos discriminación y opiniones restrictivas hacia las personas con TMG en comparación con personal del equipo con menos nivel educativo (Arvaniti et al., 2009; Bjorkman et al., 2008; Lauber et al., 2006). No obstante, los resultados generales de las investigaciones señalan presencia de estigma en profesionales de la salud, por lo que es una variable necesaria a considerar para dilucidar si la educación formal contribuye en la formación de estigma.

*Experiencia Profesional.* Los años de experiencia laboral con personas con TMG serían un indicador de mejores actitudes hacia estas. Médicos y equipos de psiquiatras con más de 30 años de experiencia presentan más familiaridad con los trastornos mentales. Según Arvaniti et al. (2009) esto puede ser resultado de una mayor experiencia social y profesional. En el estudio realizado por Polanco-Frontera et al. (2013) no se encontraron diferencias significativas entre las variables de tiempo del ejercicio profesional y el estigma percibido por los profesionales de la salud.

*Sexo de los profesionales.* Existe evidencia no concluyente sobre la relación entre el sexo de los profesionales y el estigma. Si bien es una variable que se considera en la mayoría de los estudios, son pocos los que profundizan en una explicación relacional entre esta variable y el estigma percibido entre los profesionales de la salud. En las investigaciones se ha encontrado una influencia leve del sexo de los profesionales en las actitudes hacia personas con un TMG. Las mujeres han presentado actitudes más positivas hacia este grupo percibiéndolos con menos dificultades en lo social (Lauber et al., 2006; Pattyn et al., 2015).

Los hombres parecen atribuir más vergüenza y culpa a la enfermedad mental que las mujeres. Estos consideran que el padecimiento de un trastorno mental es más vergonzoso en un hombre que en una mujer. Además, ven a las mujeres como más culpables por su cuadro psiquiátrico que sus colegas de sexo femenino (Pattyn et al., 2015).

Profesión. Actualmente los equipos de salud mental son multidisciplinarios. El trabajo es desarrollado por proveedores de salud mental del área biomédica y psicosocial. No obstante, se observa una predominancia de profesionales psicólogos y trabajadores sociales. Ambos constituyen el mayor porcentaje de profesionales que participan en los equipos de salud mental y que se relaciona con las intervenciones que abarcan aspectos individuales y sociales (Laviana-Cuetos, 2006; Proctor, 2004).

Respecto de evidencia de estigma en proveedores de al salud mental, las investigaciones no son concluyentes al respecto, dado que se ha podido observar que en distintos estudios personas con la misma profesión presentan actitudes opuestas hacia los trastornos mentales graves (Schulze, 2007). Sin embargo, en la comparación de actitudes hacia personas con TMG entre distintas profesiones, los psiquiatras presentan más actitudes estigmatizadoras que psicólogos, enfermeras y otros terapeutas (Lauber et al., 2006). En otras investigaciones se ha observado una mayor estigmatización en profesionales médicos que psicólogos o trabajadores sociales (Lam et al., 2015; O'Reilly et al., 2011; Polanco-Frontera et al., 2013).

Dos revisiones sistemáticas sobre el tema muestran, entre sus principales hallazgos, la presencia de estigma principalmente en profesionales psiquiatras y

enfermeras, seguidos por psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales terapeutas (Schulze, 2007; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010).

En otro estudio, Kingdon et al. (2004) refieren que, a pesar de las actitudes positivas encontradas en la muestra de profesionales psiquiatras hacia personas con TMG, solo un 26% indicó tener la creencia que una persona con esquizofrenia podría recuperarse completamente. En otro estudio realizado en la India se observó que los psiquiatras presentaron más actitudes favorables, sin embargo, el 90% validaba el estado de desempoderamiento de los usuarios indicando que los “pacientes mentales” necesitaban del mismo tipo de control y disciplina que los niños (Vibha et al., 2008).

En un estudio realizado en Italia, un 43% de psiquiatras y un 63% de enfermeras creen que estas personas no deben casarse y la mayoría de las enfermeras (72%) y psiquiatras (55%) coincidían en que no deberían tener hijos. Además, un 21% de enfermeras y 23% de psiquiatras consideraron que no es cierto aseverar que las personas con TMG puedan trabajar como cualquier otra persona (Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Maj, et al., 2004).

Para los autores, esto puede relacionarse con las diferencias que se producen en la formación profesional, la capacitación que reciben en salud mental y las particularidades propias de cada profesión. En este sentido, Szasz (1999) da cuenta de los vacíos que están presentes durante los procesos de formación médico-científica de las disciplinas y especialidades relacionadas con la salud. Al respecto, indica que no se abordarían aspectos relacionados con contenidos afectivos, con prejuicios y/o estereotipos negativos asociados con los padecimientos mentales. Por este motivo las prácticas de estigmatización se

seguirían reproduciendo en la interacción profesional-usuario.

Capacitación en salud mental. Esta variable se encuentra muy ligada a la variable anterior, ya que la especialización o capacitación se relaciona con el tipo de profesión. Algunas investigaciones señalan que si los profesionales de la salud general se especializaran en salud mental estos presentarían actitudes más positivas hacia las personas con TMG (Lauber et al., 2003).

En un estudio realizado en Singapur se observaron más actitudes positivas en enfermeras con diplomas de especialización o con capacitación y con más experiencia que en aquellas que carecían de estos estudios (Tay et al., 2004; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Por otra parte, un estudio sobre estigma hacia personas con depresión y con esquizofrenia realizado con médicos de atención primaria, señaló que los profesionales con capacitación en salud mental comunitaria tuvieron actitudes más positivas hacia las personas atendidas, en particular las diferencias fueron favorables para las personas con depresión. Sin embargo, los autores sugieren que el entrenamiento en salud mental comunitaria resulta eficaz en reforzar la confianza y las actitudes de los médicos de atención primaria en la preocupación por problemas de salud mental comunes, pero no es efectivo para problemas de salud mental grave como la esquizofrenia (Lam et al., 2015).

### **1.10.2 Variables relacionadas a resultados del diseño del trabajo**

Desde la teoría ampliada del diseño del trabajo de Morgeson et al. (2012) las variables de compromiso organizacional, conflicto y ambigüedad de rol, agotamiento emocional y despersonalización son explicadas como resultantes del diseño del trabajo. Para efectos de la presente investigación, las categorizaciones realizadas servirán para distinguir a cada una en la relación con el estigma. Estas categorizaciones dan cuenta de las variables resultantes del diseño del trabajo (Humphrey et al., 2007).

Las variables de resultado del diseño del trabajo son agrupadas en categorías mayores definidas como actitudinales, cognitivas, de bienestar, conductuales y organizacionales. Para la presente investigación solo se utilizarán las tres primeras categorías de variables de resultado.

#### **1.10.2.1 Variables actitudinales**

Las variables de resultado actitudinal reflejan los sentimientos acerca del trabajo, el equipo o la organización. Se incluyen aspectos de la satisfacción, compromiso organizacional, involucramiento laboral, motivación interna hacia el trabajo entre otros

*Compromiso organizacional.* Diversos estudios en el ámbito de la salud dan cuenta de la relevancia de la satisfacción laboral como variable que afecta la relación de los profesionales con los usuarios de salud mental. Una menor satisfacción laboral se ha asociado con presencia de burnout en profesionales. Esto conllevaría a conductas de rechazo o de evitación hacia personas con TMG (Verhaeghe & Bracke, 2012).

El compromiso laboral se relaciona con la satisfacción en el trabajo. Meyer & Allen (Meyer & Allen, 1991) definieron el compromiso como un estado psicológico que caracteriza la relación entre una persona y una organización, la cual presenta consecuencias respecto a la decisión para continuar en ésta o dejarla (Chiang et al., 2008). Este aspecto sería relevante en cuanto al trabajo que se desarrolla con personas con TMG, dado que requieren de un vínculo cercano y estable para la comprensión y apoyo de sus necesidades.

Las investigaciones realizadas en centros de salud mental muestran que la satisfacción laboral y el compromiso laboral se relacionan con reacciones afectivas de los profesionales de servicios de salud hacia el trabajo y la organización (Glisson et al., 2012). En este sentido, el compromiso del profesional y la satisfacción que pueda reportarle el trabajo con personas con TMG puede resultar clave para comprender el tipo de actitudes que presentan.

Por otra parte, las investigaciones sobre estas variables han confirmado que tanto la cultura como el clima organizacional las afectan directamente (Aarons & Sawitzky, 2006).

#### **1.10.2.2 Variables cognitivas**

Estas variables reflejan los pensamientos acerca del desarrollo de los resultados el trabajo. Se consideran las percepción de los roles tales como ambigüedad y conflicto de rol, percepción de autoeficacia de la amplitud de roles, percepción de la flexibilidad de

roles, intención de rotación e identificación con el equipo de trabajo (Morgeson et al., 2012).

Ambigüedad de rol y Conflicto de rol. La presencia de ambigüedad de rol así como el conflicto de rol, conllevaría a la poca claridad de las tareas de cada profesional (Robiner, 2006). Estas variables actúan como estresantes específicos en la labor de atención de proveedores de salud mental (Rössler, 2012). En contextos laborales más específicos como las salas de urgencias, se observa que estas variables disminuyen la calidad de la atención e influyen en actitudes negativas hacia los usuarios con problemas de salud mental (Clarke et al., 2014).

### **1.10.2.3 Variables de bienestar**

Las variables de resultado de bienestar reflejan las reacciones fisiológicas y psicológicas hacia el trabajo. Aquí se pueden considerar reacciones como la ansiedad, emociones positivas y negativas, burnout o agotamiento, seguridad ocupacional, entre otras (Morgeson et al., 2012).

Agotamiento Emocional y Despersonalización (Burnout). Según el estudio de Henderson et al. (2014) el burnout de los profesionales ha estado presente como una explicación de la discriminación. Las dimensiones de agotamiento emocional y baja realización personal se han asociado con actitudes negativas en profesionales de hospital generales y psiquiátricos hacia los usuarios (Acker, 2010; Rössler, 2012; Schulze, 2007).

Esta perspectiva negativa en la relación de ayuda contribuye al burnout, con

consecuencias perjudiciales tanto para la salud de los profesionales de salud mental como para la calidad del cuidado y la atención (Schulze, 2007). En el estudio de Lauber et al. (2006) se concluye que se requiere aumentar la investigación en estigma incorporando otras variables, como el burnout, dado que el contacto con personas con TMG puede resultar agotador y emocionalmente desgastante.

En esta línea, un estudio halló que el aumento del agotamiento emocional a nivel de equipo predice un menor grado de satisfacción por parte de los usuarios, principalmente aquellos con sintomatología psiquiátrica más grave (Garman et al., 2002).

### **1.11 Estigma Asociativo**

Este tipo de estigma podría ser el gatillante para que, de manera involuntaria, los profesionales de la salud mental busquen distanciamiento y separación de los usuarios (Verhaeghe & Bracke, 2012).

Esto es coherente con la idea que un componente central del estigma incluye la diferencia de poder entre quienes estigmatizan y quienes son estigmatizados (Link & Phelan, 2001). Por este motivo, los profesionales de salud mental buscarían alejarse del bajo estatus al cual se les asocia (percepción principalmente sostenida por profesionales de otras áreas de la salud) y por otra parte, intentarían distanciarse de sus usuarios, quienes son reconocidos como sujetos con bajo poder de decisión o de participación, es decir, personas que ocupan la parte baja de la pirámide social. Esto permitiría que las actitudes

estigmatizadoras se refuercen en los profesionales, equipos de trabajo y en las instituciones (Heflinger & Hinshaw, 2010).

### **1.12 Variables administrativas de los dispositivos de salud**

Tipo de intervenciones. Entre las más frecuentes están las farmacológicas, de terapia individual y las psicosociales. Aunque en los distintos dispositivos de salud se suelen encontrar todas o casi todas, la concentración que tienen es distinta, es decir, en algunos priman los tratamientos farmacológicos, en tanto en otros son más prevalentes los psicosociales. En el caso de la farmacoterapia, si bien es el tratamiento tradicional más usado, la percepción que tiene los profesionales no es concluyente. Kingdon et al. (2004) encontraron que la mayoría de los psiquiatras creen que los trastornos mentales graves podrían mejorar como resultado del tratamiento psiquiátrico. Esto se podría explicar por la aceptación social hacia los tratamientos profesionales basados en la medicación psiquiátrica (Schomerus et al., 2012). Sin embargo, el estudio de Rettenbacher et al. (2004) muestra que la percepción de los profesionales es ambivalente respecto de la medicación cuando la persona en cuestión son ellos; si bien perciben que la farmacoterapia ayuda a las personas con padecimiento mental, sólo un 71,4% de psiquiatras y 35% de profesionales no médicos estaría dispuestos a tomar antipsicóticos si ellos tuvieran esquizofrenia. Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Guarneri, et al. (2004) reportan una indecisión mayor donde sólo el 28% apoya la farmacoterapia. Por otra parte, Verhaeghe and Bracke (2008) señalan que los tratamientos psiquiátricos juegan un rol

importante en el etiquetamiento de los trastornos mentales. Un tipo de intervención que influye en la estigmatización de personas con TMG es la internación. Si bien los resultados no indican diferencias significativas, se reportó mayor satisfacción por parte de usuarios y familiares cuando la hospitalización es de carácter ambulatoria. Para los autores, el procedimiento de hospitalización de medio tiempo se puede considerar como un mecanismo de desestigmatización para los usuarios de salud mental. Este tipo de internación puede ayudar a relativizar la percepción de gravedad en los profesionales de salud, lo que podría contribuir a disminuir el estigma en ellos (Verhaeghe et al., 2008).

En relación a la variable sexo de los proveedores de salud mental, las mujeres presentan una percepción más favorable al uso de psicoterapia como tratamiento en personas con TMG, existen también una percepción mayoritaria que, entre los usuarios, son las mujeres las que tienden a optar más por este tipo de intervención (Pattyn et al., 2015).

Por otra parte, algunos estudios han demostrado que los cuidados basados en la comunidad mejoran las circunstancias vitales de personas con TMG. La evidencia más poderosa corresponde al programa Assertive Community Treatment (ACT), las personas que reciben este tipo de intervención es más probable que mantengan contacto con otros, ocupen menos tiempo en el hospital y se sientan más satisfechos que aquellos que reciben cuidados comunitarios tradicionales (Coldwell & Bender, 2007; Marshall et al., 2011). Los tratamientos basados en la comunidad -más que los tratamientos estándar- se basan en un modelo biopsicosocial, por ende, se puede considerar que asumir estas prácticas conlleva a comprender los TMG de una manera menos estigmatizadora. En Chile se han

implementado diferentes estrategias de intervención, relacionadas con modelos comunitarios de atención. Sin embargo, aún no se tiene conocimiento si estas prácticas tienen influencia en el estigma que presentan los equipos de salud hacia esta población.

En resumen, es plausible suponer que el tipo de intervención utilizada o la preferencia por alguna pueda asociarse a las actitudes que tienen los profesionales sobre el TMG y la forma de relacionarse con personas que presentan estos padecimientos.

*Niveles de atención en salud.* Los centros de atención primaria son la puerta de entrada al sistema de salud, en tanto los de atención secundaria corresponden a centros especializados a los cuales se accede por derivación del nivel primario.

La distinción de estos dos niveles de atención se relaciona además con los modelos de atención que subyacen en cada uno. En la atención primaria, el modelo de atención utilizado es el enfoque familiar que se comenzó a aplicar a partir de la creación de los centros de salud familiar (CESFAM) en el año 1997 (Téllez, 2006). El modelo propone una atención centrada en personas y familias, aplicando un modelo biopsicosocial en reemplazo del biomédico. Exige que el trabajo de atención se sustente en una relación estable entre profesional-usuario, que favorezca el conocimiento mutuo, que incentive a las personas, familias y comunidades a responsabilizarse de los cuidados de salud. Además, se contempla en el modelo una forma de intervención en red (Téllez, 2006).

Dado que las intervenciones que se otorgan en el nivel de atención secundario son más especializadas, se podría considerar que la mirada de la atención médico-científica pueda estar más influida por un modelo biomédico que tienda a cosificar las problemáticas

de salud reduciéndolas, fundamentalmente, a la sintomatología. Runte-Geidel (2005) plantea que los abordajes unicausales remiten a una alienación, dado que dejan al margen las interrelaciones con la sociedad. Como ya se ha mencionado, el modelo de atención (sea biomédico o biopsicosocial) influye en el tipo de relación que se establece con el usuario, lo que a su vez redundará en las actitudes que se tiene sobre este; por tanto el nivel de atención es una variable a considerar en el estigma hacia las personas con TMG.

*Equipos multidisciplinares.* Los equipos multidisciplinares son relevantes en la atención en salud mental, por la diversidad de necesidades que poseen las personas con un diagnóstico psiquiátrico.

Las investigaciones que han considerado esta variable no arrojan resultados definitivos sobre la efectividad de equipos multidisciplinares en tratamientos para personas con TMG.

Algunas investigaciones consideran que el trabajo de equipo se caracteriza por el ejercicio de toma de decisiones de manera consensuada y por la interdependencia generada. También se ha visto que el trabajo de equipo contribuye al incremento de la satisfacción del grupo y al aprendizaje entre profesionales, reduciendo el burnout y la carga laboral (Charles, 2015). Estas condiciones como se vieron previamente, incrementan la posibilidad de generar actitudes negativas hacia usuarios, y en particular, en personas con diagnósticos de TMG. Por otra parte, la presencia de equipos multidisciplinares puede producir conflictos relacionados con la “ideología de tratamiento” entre los profesionales respecto de la validez y pertinencia de las formas de tratamiento a implementar además de incrementar la probabilidad de redundancia (Robiner, 2006).

### **1.13 Clima Organizacional**

El clima organizacional reflejaría las percepciones de los trabajadores y sus respuestas emocionales a las características del entorno laboral (Aarons & Sawitzky, 2006; Glisson, 2002).

Según Wright et al. (Wright et al., 2003), existiría sustento teórico y empírico que apoya la existencia de una relación entre el clima organizacional y la cultura de los centros de salud con las actitudes hacia personas con TMG por parte de los miembros de equipos de salud. Esto además, se relacionaría con la calidad y efectividad en la labor de cuidados.

Los hallazgos de la investigación indicaron que la percepción de los profesionales sobre el clima organizacional se relaciona con las actitudes hacia el trabajo clínico con usuarios con TMG. Los equipos que percibían el entorno laboral como más equitativo y justo en relación a la designación de tareas, eran capaces de tener una mayor predisposición para ayudar y una mejor comprensión de las necesidades de los usuarios.

Además, los profesionales que perciben más cooperación por parte de sus colegas, reportaron más frecuencia en el contacto con usuarios con TMG, así como un mayor involucramiento con los casos atendidos.

Según los autores, en este nivel es necesario considerar la ambigüedad de rol ya que es una de las variables más relevantes para la evaluación del clima organizacional y para el impacto que tiene en las actitudes hacia usuarios de servicios de salud mental. En el estudio referido, la ambigüedad de rol se asoció con bajos niveles de comprensión hacia las personas con TMG y menor frecuencia en la interacción clínica (Wright et al., 2003) .

## 1.14 Cultura Organizacional

La cultura organizacional se define como el conjunto de normas organizacionales y comportamientos esperados de los sujetos, así como de las formas de hacer el trabajo en una organización (Glisson & James, 2002). Incluye normas implícitas, valores y conductas compartidas esperadas que se asumen como las pautas conductuales para los miembros de una unidad laboral (Aarons & Sawitzky, 2006).

Respecto de la cultura organizacional, se puede señalar que “...la cultura organizacional en sistemas de salud es una mezcla compleja de saberes, conductas, relatos, símbolos, creencias, suposiciones, metáforas y modos de expresión que todos los miembros de la organización comparten y que incluyen normas, valores, actitudes, estilos de vida, lenguaje técnico-científico y la terminología propia de las disciplinas biomédicas y sociales.” (Carrada, 2002, p. 204).

Cameron & Quinn (2011) proponen una metodología específica para el estudio de la cultura organizacional basada en el modelo conocido como Competing Values Framework (CVF). Este modelo identifica cuatro tipos de cultura dominantes denominadas de Clan, Ad-hoc (Adhocracia), Jerarquizada y de Mercado. El modelo además considera la flexibilidad de la organización ante los cambios del entorno o, por el contrario, la estabilidad y control frente a estas situaciones (Sepúlveda, 2004).

La teoría señala que en relación a cada cultura dominante, existen características particulares que pueden ser ubicadas en dos dimensiones. En una primera dimensión horizontal, se pueden considerar que existen organizaciones que tienden a mirara hacia el interior de ellas en relación a su accionar cotidiano, por lo que esas culturas no se verían

influenciadas fácilmente por eventos externos. Por otro lado la diferenciación y orientación externa indicaría a culturas organizacionales que centran sus acciones en factores externos.

En la dimensión vertical, se presentan características de estabilidad y control, donde los miembros se encuentran en ambientes laborales controlados y rígidos. Aquí se ubicarían miembros que prefieren este tipo de culturas y además necesitan de ellas. Por otro lado, la flexibilidad y discreción ocurriría en organizaciones cuyos miembros serían capaces de variar su comportamiento en función de las necesidades y por ende la misma organización promueve esto (Ver figura 1.1).

Figura 1.1. Modelo de Competing Value Framework

Orientación interna e integración	Flexibilidad y discreción		Orientación externa
	CLAN	ADHOCRACIA	
	JERARQUIA	MERCADO	
	Estabilidad y control		

Fuente: Cameron y Quinn, 1999.

Es importante poder distinguir la orientación cultural que existe en los centros de salud dado que la reforma de salud en Chile ha incorporado un modelo biopsicosocial que implica necesariamente asumir una nueva forma de comprensión de los cuidados e intervenciones sanitarias. No obstante, en la práctica conviven ambas tradiciones, por lo que resulta interesante conocer cómo la cultura de los centros de salud permite la instalación de este modelo de atención. Por otra parte, actualmente los servicios de salud mental se están guiando cada vez más por principios-modelos como el empowerment y recovery, entre otros (Bentley & Taylor, 2002). En la cultura de la organización de salud

que aplica este tipo de principios en sus intervenciones, subyace la idea de un usuario con recursos y con capacidades que le permitirán apropiarse del proceso de tratamiento y rehabilitación. En este sentido, se ha podido comprobar que la mayoría de los usuarios de salud mental están recibiendo atención ambulatoria en centros de salud mental que consideran múltiples servicios (Scheid, 2004). Una ejecución óptima de este tipo de servicios implica que la cultura organizacional debe ser permeable a prácticas de innovación.

Sin duda las explicaciones presentadas conducen a observar necesariamente el contexto de la salud, dado que la institucionalidad parece tener alguna implicancia en la mantención del estigma hacia este tipo de usuarios (Merlo et al., 2009). Desde esta perspectiva, esta investigación propone que el proceso de estigmatización, que ocurre en los profesionales de la salud, no está únicamente relacionado con procesos personales (cognitivos, emocionales, conductuales) sino que también participan factores del ambiente en el cual se desarrolla la relación usuario - profesional. Esta propuesta es apoyada por varios estudios que consideran pertinente una mirada ecológica del fenómeno del estigma. Charles (2015) señala que para comprender el desarrollo del estigma en profesionales de la salud es necesario investigar el contexto en el cual se entregan los servicios de atención, incluyendo la cantidad de casos asignados a cada profesional, la presencia de equipos multidisciplinarios, las ideologías de tratamiento, la estigmatización hacia los profesionales de la salud, el burnout, y otros estresores estructurales relevantes.

Una explicación ecológica del estigma de los profesionales de la salud hacia las personas con TMG, incluye asociaciones entre variables que son propias de las

instituciones y de las dinámicas de los equipos de salud, las cuales constituyen una cultura propia del trabajo de atención y de cuidados hacia personas con TMG.

## **2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Las investigaciones sugieren que el estigma hacia personas con TMG provoca consecuencias negativas importantes para el tratamiento, rehabilitación e inclusión social. En particular, la evidencia indica que los profesionales que trabajan en todas las áreas de la salud y principalmente en la salud mental, presentan actitudes negativas hacia los usuarios (Harangozo et al., 2014; Lasalvia et al., 2013; Thornicroft et al., 2009).

En este sentido, los estudios se han centrado principalmente en hacer comparaciones sobre actitudes y deseo de distancia social entre público general y profesionales. Los resultados señalan que las creencias, prejuicios y discriminación no difieren entre ellos e incluso en algunos casos estos son más negativos entre los profesionales (Hansson et al., 2013). Esta evidencia contrasta con algunos supuestos teóricos como la hipótesis del contacto, que plantea que el conocimiento de los profesionales y el contacto regular con personas que padecen TMG deberían generar actitudes más favorables.

Al parecer, la condición de ser profesional o técnico en el área de la salud mental no logra constituirse como un factor protector por lo que es posible sospechar que en el ámbito de la salud mental pueden existir otros factores o variables que influyan en la presencia de actitudes negativas.

Así, factores como la edad se han relacionado con actitudes negativas como lo

observado en el estudio de Hansson et al. (2013), donde equipos más jóvenes presentarían más creencias negativas. Asimismo, equipos que trabajan con usuarios en calidad de internos han presentado más conductas negativas en comparación con equipos que trabajan con usuarios que asisten a los servicios de salud mental de manera ambulatoria. Estos resultados sin duda que dan cuenta del impacto directo en las expectativas de recuperación y de logros terapéuticos que puedan tener los profesionales.

Las condiciones del trabajo definidas por las organizaciones de salud afectan el clima de los equipos, asimismo influyen en la forma de interacción y de entrega de servicios profesionales de salud hacia los usuarios. Algunos autores señalan que la mala distribución de tareas, así como la carencia de personal de salud implica que los profesionales se vean sometidos a estrés y a desgaste laboral, repercutiendo directamente en las relaciones con los usuarios, lo que podría afectar la predisposición a interactuar con ellos (Rössler, 2012; Schulze, 2007; Verhaeghe & Bracke, 2012).

En estudios que relacionan factores organizacionales con el contacto hacia personas con problemas de salud mental, se puede apreciar que las condiciones de atención influyen notoriamente en las actitudes de los profesionales y técnicos de salud mental y tiene consecuencias en la efectividad y calidad del trabajo que realizan (Wright et al., 2003).

Aspectos como equidad y claridad en el rol a desempeñar, así como conflictos internos entre los valores profesionales y las expectativas requeridas para el trabajo, que se conoce como disonancia profesional, pueden ser una manera de explicar por qué los profesionales de la salud evitan desarrollar acciones más comprometidas con personas con

TMG y por el contrario mantienen una visión negativa sobre los resultados de su trabajo lo que puede llevar a continuar con la estigmatización (Bentley & Taylor, 2002).

Las consecuencias de esto son perjudiciales para el usuario el cual al no tener un tratamiento adecuado va reduciendo sus habilidades y capacidades. Este agravamiento de síntomas incide en la percepción negativa que se tiene de estas personas, por lo que se provoca un círculo vicioso.

Asimismo, cuando los trabajadores sienten que existe cooperación entre los miembros del equipo de trabajo, reportan más compromiso y vinculación con los usuarios que presentan un TMG. En este sentido, un aspecto importante en los equipos es la claridad del rol, cuando no está, se presenta menos compromiso y menos interacción con los usuarios y sus familias (Wright et al., 2003).

Estos antecedentes demuestran que en el plano del estigma de los profesionales y técnicos de salud mental pueden estar influyendo variables relacionadas con el ámbito de trabajo, por lo que no sería correcto atribuir el estigma de los profesionales solo a aspectos de índole personal. Por este motivo es necesario considerar cómo los aspectos macro, o bien grupales, puedan tener alguna relación en la mantención, aumento o eventualmente la disminución del estigma que se presenta en esta población.

Una propuesta de análisis multinivel que identifique las relaciones que se producen entre las variables personales y las del entorno, permitiría entender el fenómeno dentro del contexto eco-sistémico en el cual ocurre, y no solo a nivel individual, que es como se suele tratar.

La presente investigación se centrará en estudiar el estigma de los profesionales de la salud desde una perspectiva ecológica, considerando variables de distintos niveles que pueden contribuir a la generación o mantención de estigma hacia personas con TMG. Por tanto nos preguntamos ¿Existe influencia de variables individuales de los proveedores de salud mental y de los dispositivos de salud en el estigma hacia personas con trastornos mentales graves?

Las premisas en las que se sustenta la investigación son:

Actualmente existe poca evidencia sobre el estigma en el ámbito de los profesionales y técnicos de la salud mental y menos aún a nivel latinoamericano o nacional (Mascayano et al., 2015; Muñoz et al., 2009). También existe evidencia muy reducida de investigaciones que relacionan variables personales, de equipos o de centros de atención en salud (Verhaeghe & Bracke, 2007, 2008, 2012).

Por otra parte, es posible observar que las investigaciones relacionadas con variables a nivel individual, de los profesionales de la salud, presentan discrepancias en sus resultados. En el caso de las variables de equipos o de centros de salud, existen pocos estudios, no obstante, el interés por incorporar este tipo de variables es cada vez más frecuente. Además, la particularidad del sistema de salud en Chile, donde conviven el modelo bio-psico-social en la atención primaria de salud y el biomédico en la atención secundaria, puede hacer una diferencia en términos de factores que contribuyan a la generación y mantención de estigma entre los profesionales de estos niveles de atención.

Además, es relevante considerar que está bastante acreditado que el estigma tiene componentes culturales, lo que indicaría que no se presenta de la misma forma en todos

los contextos (Koschorke et al., 2017), así la propuesta teórica del etiquetaje de Link & Phelan (2001) incorpora en su análisis la pertinencia de las creencias culturales en el surgimiento del estigma. Yang et al. (2013) han considerado la importancia de los aspectos culturales y la necesidad de adaptar las teorías e incluso los instrumentos que evalúan estigma. Por tanto, no es trasladable la evidencia ya establecida hacia nuestro contexto nacional, motivo por el cual es necesario considerar resultados que den cuenta de los aspectos que influyen en el estigma desde el ámbito latinoamericano y en particular en nuestro país, considerando que este tema se ha planteado como un eje relevante en el nuevo plan nacional de salud mental y psiquiatría del período 2017-2025 (Ministerio de Salud, 2017).

Por otro lado, si bien existen investigaciones en Latinoamérica que evidencian las consecuencias desfavorables de las actitudes negativas hacia personas con trastornos mentales graves, estas se han centrado principalmente en poblaciones de usuarios, familiares, cuidadores informales y empresarios. No existen reportes referidos directamente a proveedores de salud mental (Chuaqui, 2005; Mascayano et al., 2016; Wagner et al., 2011).

Estos argumentos confirman la necesidad de estudiar el estigma en salud mental desde una perspectiva ecológica y además asumir que aún persiste desconocimiento sobre las variables que relacionan el estigma con el ámbito del trabajo (Verhaeghe & Bracke, 2007, 2008, 2012).

Finalmente, la relevancia de contribuir con antecedentes científicos sobre estigma y en particular sobre estigma presente en los profesionales de la salud mental responde a

los lineamientos que plantea la OMS en cuanto a contar con evidencia que permita reducir la brecha en la atención de salud mental y mejorar las condiciones de atención. Asimismo, la confirmación de un modelo explicativo sobre las variables que influyen en el estigma en el ámbito de la salud puede ser un aporte como recurso metodológico para facilitar investigaciones en materia de estigma, considerando en estudios posteriores la diversidad de contextos geográficos, sociales y culturales que influyen en este fenómeno.

### **3 HIPÓTESIS DE TRABAJO**

**Hipótesis 1. Variables sociodemográficas de los proveedores de salud mental y variables administrativas de los dispositivos de salud influyen en el nivel de estigma, evaluado a través de Actitudes y Distancia social, hacia personas con TMG.**

H. 1.1. En profesionales de psicología y trabajo social, existe una relación inversa entre la edad, los años de trabajo en salud mental y el estigma.

H. 1.2. Proveedores de salud mental del área biomédica presentarán más estigma hacia personas con TMG que proveedores de salud mental del área psicosocial.

H. 1.3. Los dispositivos de salud de atención secundaria presentarán un mayor nivel de estigma en sus funcionarios, que los de atención primaria.

H. 1.4. Dispositivos de salud que utilizan con mayor frecuencia intervenciones psicosociales (Intervenciones grupales, Intervenciones comunitarias y otras) presentan menos estigma entre sus funcionarios que aquellos donde se realizan más intervenciones tradicionales (farmacología, terapia individual).

**Hipótesis 2. Variables actitudinales, cognitivas y de bienestar de los proveedores de salud mental en su contexto laboral influyen en el nivel de estigma, evaluado a través de actitudes y distancia social, hacia personas con TMG.**

H. 2.1. Proveedores de salud mental con menor compromiso laboral presentarán más estigma hacia personas con TMG.

H. 2.2. Los proveedores de salud mental que presentan mayor Conflicto de rol y Ambigüedad de rol presentarán mayor estigma hacia usuarios con TMG.

**Hipótesis 3. El Clima y Cultura organizacional influyen en el nivel de estigma, evaluado a través de actitudes y distancia social, hacia personas con TMG.**

H. 3.1. Los dispositivos de salud que presentan un Clima Organizacional más estresante tienen un mayor nivel de estigma hacia personas con TMG

H. 3.2. Existe una asociación inversa entre la Cultura organizacional centrada en la flexibilidad y discreción y el nivel de estigma hacia usuarios con TMG.

**Hipótesis 4 (Hipótesis Mediacionales).**

**El Agotamiento emocional y la Despersonalización tienen un efecto mediador entre el Clima Organizacional y el Estigma asociativo con el estigma hacia personas con TMG.**

H. 4.1. El agotamiento emocional y la despersonalización de proveedores de salud mental tienen un efecto mediador entre el Clima Organizacional y el estigma hacia personas con TMG.

H. 4.2. El agotamiento emocional y la despersonalización de proveedores de salud mental tienen un efecto mediador entre el Estigma asociativo y el estigma hacia personas con TMG

**Hipótesis 5 (Hipótesis de Moderaciones).**

**El Clima Organizacional modera la relación entre Cultura Organizacional y variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral, y Estigma asociativo, las que a su vez se asocian al estigma hacia usuarios con TMG.**

**Hipótesis 6.**

**Variables individuales (nivel 1), tendrán más influencia en el estigma de los proveedores de salud mental, medido través de las actitudes y la Distancia social, que las variables de los dispositivos de salud (nivel 2).**

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo General**

Determinar la influencia de variables individuales de los proveedores de salud mental y de los dispositivos de salud en el estigma, evaluado a través de Actitudes y Distancia social, hacia personas con trastornos mentales graves.

### **4.2 Objetivos Específicos**

OE 1. Determinar el nivel de estigma, medido a través de Actitudes y Distancia social, hacia personas con TMG presente en los proveedores de salud mental que trabajan en el nivel primario y secundario de atención.

OE 2. Analizar la relación entre variables sociodemográficas de los proveedores de salud mental y variables administrativas de los dispositivos de salud con el nivel de estigma, medido a través de Actitudes y Distancia social, hacia personas con TMG.

OE 3. Analizar la relación entre variables actitudinales, cognitivas y de bienestar de los proveedores de salud mental en su contexto laboral con el nivel de estigma, medido a través de Actitudes y Distancia social hacia personas con TMG.

OE 4. Analizar la relación entre variables organizacionales de los dispositivos de salud y el nivel de estigma, medido a través de Actitudes y Distancia social hacia personas con TMG.

OE 5. Determinar la relación conjunta de las variables individuales y de los dispositivos de salud en el nivel de estigma hacia personas con TMG.

## **5 METODOLOGÍA**

### **5.1 Diseño de Investigación**

El estudio fue cuantitativo, observacional de corte transversal con un diseño analítico, correlacional y multinivel. Se realizó una evaluación mediante autoinforme a proveedores de salud mental de nivel primario y secundario de atención. El análisis multinivel estableció relaciones entre variables de cada nivel de jerarquía (individual y de centros de salud). La medición de las variables se realizó en un solo momento y buscó asociar las variables propuestas y sus posibles interacciones en un patrón predecible (Hernández et al., 2010).

El ámbito de estudio es el estigma presente en proveedores de salud mental hacia personas con diagnóstico de trastornos mentales graves, que trabajan en dispositivos de salud pública de nivel primario y secundario.

### **5.2 Muestra y participantes**

Para el presente estudio el universo estuvo constituido por proveedores de salud mental que se desempeñan en dispositivos de salud de atención primaria y secundaria de los servicios de salud Concepción, Talcahuano, Biobío, Arauco, Ñuble y Maule.

Se propuso un muestreo estratificado, sin embargo por las condiciones de acceso a los dispositivos y personas se optó por utilizar un criterio censal tanto para la

participación de dispositivos como de los profesionales y técnicos de salud mental que trabajan en dichos dispositivos.

La unidad de muestreo fueron los centros de atención primaria de salud y de atención secundaria de salud mental del sistema público de salud de las áreas de salud previamente mencionadas. La unidad de análisis y de observación del presente estudio son los dispositivos de salud y los profesionales y técnicos que trabajan en ellos.

#### *Criterios de inclusión de los centros*

Centros de atención primaria de salud:

- Se incluyeron centros de salud familiar (CESFAM) con más de un año de funcionamiento.

Centros de atención secundaria de salud mental:

- Se incluyeron centros de atención cerrada, atención ambulatoria (abierta) y de día con más de un año de funcionamiento.
- Se incluyeron dispositivos ubicados en zonas urbanas.

#### *Criterios de exclusión de los centros*

Centros de atención primaria de salud:

- Se excluyeron centros de salud familiar (CESFAM) de sectores rurales.

Centros de atención secundaria de salud mental:

- Se excluyeron hospital de día infanto-adolescente y hogares protegidos.

#### *Criterios de Inclusión de los sujetos*

- Se incluyeron profesionales y técnicos con una antigüedad mayor a 1 año en su trabajo actual.

- Profesionales o técnicos que trabajen en atención en salud mental.

*Criterios de exclusión de los sujetos*

- Personal administrativo.
- Personal de reemplazo.

Sobre el tamaño de la muestra, en los estudios jerárquicos, hay autores que sugieren su cálculo basado en el conocimiento a priori de la correlación intraclase y la relación entre las varianzas de los niveles que se incluyen en el estudio (Kreft & Yoo, 1994; Maas & Hox, 2004). Considerando las sugerencias de los investigadores (definir al menos 30 centros, para cumplir con el criterio teórico sobre cantidad de dispositivos) y la accesibilidad a los establecimientos, el tamaño muestral alcanzado para el presente estudio fue de 47 dispositivos de salud y 419 profesionales y técnicos en salud.

En la tabla 5.1 se presentan el número total de dispositivos que cumplen los criterios de inclusión y el número final de los dispositivos que efectivamente participaron en la investigación. Además se indica el número de personas participantes por cada servicio de salud y por nivel de atención.

Tabla 5.1. Descriptivo de dispositivos y profesionales y técnicos en salud participantes de la investigación.

Servicios de Salud	Dispositivos			Personas <sup>a</sup> (n=419)
	Total dispositivos	Dispositivos participantes	% dispositivos participantes	
<b>Concepción</b>				
Atención Primaria	20	4	20	18
Atención Secundaria	8	5	62,5	54
<b>Talcahuano</b>				
Atención Primaria	11	4	36,4	32
Atención Secundaria	9	5	55,6	50
<b>Biobío</b>				
Atención Primaria	7	5	71,4	48
Atención Secundaria	4*	3	75	17
<b>Arauco</b>				
Atención Primaria	6	2	33,3	12
Atención Secundaria	9	6	66,7	47
<b>Ñuble</b>				
Atención Primaria	11**	2	18,2	16
Atención Secundaria	8	4	50	30
<b>Maule***</b>				
Atención Primaria	15	3	20	44
Atención Secundaria	11	4	36,4	51

<sup>a</sup> Corresponde al n final (419) de personas una vez eliminados los casos que no cumplieron todos los requisitos (n=425).

\*Tres Equipos de Especialidad Ambulatorios (Newen-Antumapu-Alenmoguen) que se contabilizaron como un dispositivo.

\*\*solo participaron cesfam de San Carlos

\*\*\*participaron solo dispositivos de la ciudad de Talca

Fuente: Elaboración Propia.

El tamaño de muestra obtenido es suficiente para los requerimientos del estudio.

Para un análisis de hipótesis de correlación bivariada en un estudio a nivel individual y

con un  $r$  estimado de 0,3 se requiere un  $N$  mínimo de 138 personas para lograr un poder de 95%. Para un análisis multinivel, el  $N$  total de sujetos propuesto para la investigación fue de 300 sujetos como mínimo. Con una muestra de 300 sujetos, se consideró un límite inferior que detecta correlaciones poblacionales de 0,16 el 80% de las veces. Por otra parte, el límite superior detecta correlaciones poblacionales sobre 0,48 el 80 % de las veces.

Se observó que algunos dispositivos se ubicaban físicamente en las mismas dependencias y comparten personal. Esto ocurrió en el caso de los equipos de especialidad ambulatorios del Servicio de Salud Biobío. Se informó de tres equipo de atención ambulatoria en esta situación: Newen, Antumapu y Alenmogen. La participación del personal de estos equipos fue reducida y se consideró que varios compartían acciones de trabajo. Por estas razones, para efectos de análisis, se consideró que estos tres equipos funcionan como uno, denominándolo como COSAM Los Ángeles, para incluirlos bajo un mismo concepto.

En el caso de los equipos de Hospital Día San Carlos y COSAM San Carlos, ocurre el mismo fenómeno, ambos dispositivos comparten la misma ubicación geográfica y personal, por este motivo todos fueron denominados como COSAM San Carlos.

### **5.3 Variables**

#### **5.3.1 Variables Dependientes**

##### **5.3.1.1 Estigma en Profesionales de Salud hacia personas con TMG.**

**Definición teórica.** El estigma es definido como las actitudes negativas, creencias y conductas discriminatorias de los profesionales de salud hacia sus usuarios. Es caracterizado como la experiencia de estigmatización del usuario por parte de los funcionarios de salud en el contexto de atención (Charles, 2013).

**Definición operacional.** Nivel de estigma percibido en profesionales y técnicos de la salud, medido a través de la escala construida para el presente estudio denominada EAPS-TM. Las dimensiones consideradas en la investigación fueron: Creencias Estigmatizadoras que muestra las creencias erróneas que habitualmente existen sobre las personas con diagnóstico de TM, entre éstas destacan la dependencia, peligrosidad e impredecibilidad; e Infantilización y distancia relacional que se refiere a la percepción de las personas con TM como infantiles, dependientes, necesitadas de control adulto y el deseo de mantener una relación distante con ella.

##### **5.3.1.2 Distancia Social hacia personas con TMG.**

**Definición teórica.** Se refiere al deseo de cercanía o lejanía que una persona señala tendría al vincularse con personas con trastornos mentales en actividades cotidianas (Corrigan, Edwards, et al., 2001).

**Definición operacional.** Se evaluará mediante la Escala de Distancia Social de Link, adaptada a Chile (Grandón et al., 2015). La distancia social comprende dos dimensiones: “Cercanía e interacción social” que se refiere a una interacción cercana en el espacio social (comunidad) con el usuario y la dimensión de “Intimidad y confianza”, que alude a interacciones más personales con el sujeto diagnosticado.

### **5.3.2 Variables Independientes y/o Moderadoras**

#### **5.3.2.1 Variables sociodemográficas**

Un primer conjunto de variables independientes consideradas para el presente estudio corresponde a variables sociodemográficas.

**Edad.** Medida en años cumplidos.

**Sexo.** Categorías: 1. Hombre, 2. mujer

**Condición civil.** Que agrupa estado civil en cuatro categorías (Categorías: 1. Soltero, 2. Casado / en pareja, 3. Divorciado / Separado, 4. Viudo/a).

**Profesión.** Carrera profesional o técnica de la persona entrevistada. (Categorías: 1. Psiquiatra, 2. Médico General, 3. Psicólogo, 4. Trabajador Social, 5. Terapeuta Ocupacional, 6. Enfermero/a, 7. Técnico Paramédico, 8. Otro Profesional de la salud).

**Tipo de proveedores de salud por área de formación.** Esta clasificación se realizó conforme a la formación profesional de los participantes. Se crearon dos categorías:

Área Biomédica: médicos generales, enfermeras, técnicos en enfermería nivel superior, otras profesiones

Área Psicosocial: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales.

**Años de Ejercicio Profesional.** Medido en número de años como profesional o técnico.

**Años de Ejercicio Profesional en área de Salud Mental.** Medido en número de años de ejercicio profesional o técnico en el área de la salud mental.

**Estudios de Postgrado.** Se categorizó en tres niveles: Estudios de Magister, Estudios de Doctorado y estudios de Post títulos.

**Tipo de Contrato: Categorizado en cuatro niveles.** 1=Contrato indefinido; 2=Contrato a plazo fijo; 3=Honorario y 4=Otro.

### **5.3.2.2 Variables Administrativas de los dispositivos de salud.**

**Intervenciones Terapéuticas utilizadas por el equipo.** Porcentaje de tiempo destinado a diferentes tipos de intervenciones. Se consultó al personal sobre su percepción del tiempo destinado a los tipos de tratamientos aplicados en sus dispositivos. Se plantearon cuatro categorías (1=Farmacología, 2= Terapia Psicológica, 3=Terapia Grupal, 4=Intervenciones Comunitarias). Además, se evaluó mediante escala Likert el nivel de estructuración de la intervención. Se consideraron tres niveles: 0= Sin organización /Depende de los profesionales o técnicos a cargo; 1= Existen algunos protocolos pero no

se aplican de forma estricta; 2= Con protocolos y pautas bien definidas (seguimientos, estadística de datos).

### **Tipos de Dispositivos de salud**

**Dispositivos de Salud de Nivel Primario.** Los centros de salud de nivel primario son la puerta de entrada de la población al sistema de salud pública. Corresponden a los servicios considerados el primer contacto de tipo “promocional, preventivo, curativo y de rehabilitación para la población inscrita” (Ministerio de Salud, 2013). Los casos más graves son derivados a los niveles superiores de atención (Téllez, 2006). Estos centros se caracterizan por ser de baja complejidad.

**Dispositivos de Salud de Nivel Secundario.** La característica fundamental de este nivel es que sirve de referencia para la atención primaria y que sus recursos para satisfacer la demanda son más complejos, es decir son especializados (Narbona & Durán, 2008).

**Servicios de Salud.** Se categorizan los dispositivos de atención primaria y secundaria según el servicio de salud bajo el cual se rigen administrativamente. Los servicios de salud son “organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, que tienen a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente” (Decreto 140, 2006). En el estudio se incluyeron los servicios de salud de Ñuble, Concepción, Talcahuano, Biobío, Arauco y Maule.

**Dispositivos de salud por tipo de proveedores:** Se establecieron tres categorías que agrupan a los tipos de profesionales por centro de salud: dispositivos con profesionales solo del área biomédica; dispositivos con profesionales solo del área psicosocial y; dispositivos mixtos, es decir con profesionales de ambas áreas.

### **5.3.2.3 Variables actitudinales, cognitivas y de bienestar de los proveedores de salud mental en su contexto laboral.**

Los últimos avances en la investigación del diseño del trabajo (Morgeson et al., 2012) señalan cuatro dominios de resultados del diseño del trabajo: actitudinal, conductual, cognitivo y bienestar. Las variables utilizadas en el presente estudio responden a tres de estos dominios.

#### **Variables actitudinales de los proveedores de salud mental en su contexto laboral. Compromiso Organizacional.**

**Definición teórica.** Meyer, Allen y Smith (1993) definen el Compromiso organizacional como un estado psicológico que caracteriza la relación entre una persona y una organización, este influye en la decisión del trabajador sobre continuar o dejar la institución. Se asume que el Compromiso organizacional es un factor determinante en el logro de los objetivos de las instituciones o empresas cualquiera que estos sean.

**Definición operacional.** Medida a través de la escala de (Chiang et al., 2010) que corresponde a la adaptación para el medio nacional de la escala de Compromiso organizacional (Meyer et al., 1993) sobre Compromiso organizacional (Aarons & Sawitzky, 2006). Esta escala consta de tres dimensiones:

a) “Compromiso Afectivo” (deseo), se refiere a los lazos emocionales que las personas forjan con la organización al percibir la satisfacción de sus necesidades (especialmente las psicológicas) y expectativas, por ende, disfrutan de su permanencia en la organización,

b) “Compromiso Normativo” se refiere a la creencia en la lealtad a la organización, conducente a un sentido del deber, el trabajador tiene que corresponder a los beneficios que esta pueda otorgarle.

c) ”Compromiso de Continuidad” se refiere a la prosecución de inversiones (planes de pensiones, prima de antigüedad, aprendizaje, etc.) acumuladas y resultantes de la pertenencia a la organización, por lo que dejarla resultaría costoso.

### **Variables Cognitivas de los proveedores de salud mental en contexto laboral.**

#### **Ambigüedad de rol y Conflicto de rol.**

**Definición teórica.** La ambigüedad de rol se define como la insuficiencia o inadecuación de puntos de referencia que tiene una persona para desempeñarse en espacios laborales. Esto se debe a que la persona dispone de información poco adecuada para hacerse una idea clara del rol que se le asigna, ya sea porque es incompleta, porque se puede interpretar de diferentes formas o bien por ser muy variable. Se experimenta

ambigüedad de rol si hay carencia de claridad acerca de las conductas de rol esperadas y de las responsabilidades que le corresponden (Phillips et al., 2014).

El conflicto de rol ocurre cuando existe incompatibilidad entre el conjunto de conductas esperadas que se le demandan a una persona las que son entre sí incongruentes o incompatibles para realizar el trabajo (Phillips et al., 2014).

**Definición operacional.** Evaluado a través de las escalas de ambigüedad y conflicto de rol que forman parte de la batería UNIPSICO de Demanda Laboral de Gil-Monte (Gil-Monte, 2016).

### **Variable de bienestar de los proveedores de salud mental en contexto laboral. Agotamiento Emocional y Despersonalización (Burnout)**

**Definición teórica.** El burnout en profesionales que trabajan con personas ha sido descrito a través de tres componentes principales: Agotamiento emocional, Despersonalización y Compromiso personal con el trabajo. El Agotamiento emocional, y la Despersonalización inhibe las capacidades de los individuos para ejecutar un trabajo de manera óptima por lo que implica sacrificar la calidad del servicio. El impacto es más negativo cuando se observan resultados en usuarios que presentan síntomas más graves (Morse et al., 2012).

**Definición operacional.** Evaluado a través del instrumento Maslach Burnout Inventory® -versión para trabajadores de la salud, adaptado para el medio nacional con el permiso de Mind Garden, Inc. (Manso-Pinto, 2006; Olivares-Faúndez, Mena-Miranda, et al., 2014). Para la presente investigación se consideró el Agotamiento emocional, que se

refiere a la imposibilidad de dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo en el trabajo, y la Despersonalización, que muestra el desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo.

### **Estigma Asociativo**

**Definición teórica.** El estigma asociativo es aquel que es experimentado por los proveedores de salud mental debido al vínculo con personas que pertenecen a una categoría estigmatizada en la sociedad, concretamente personas con TMG (Verhaeghe & Bracke, 2012)

**Definición operacional.** Medida a través de un instrumento elaborado para la investigación denominado Escala de Estigma Asociativo (Escala EA). Las dimensiones del instrumento utilizadas en la investigación son Actitudes negativas hacia el trabajo, que se refiere a las actitudes negativas que perciben los profesionales y técnicos por parte del resto de la población hacia su labor profesional y Vergüenza a la revelación que alude a sentimientos de vergüenza o pundonor que sienten los profesionales o técnicos al revelar a los demás su labor profesional o el tipo de personas con las cuales trabajan.

### **Clima organizacional**

**Definición teórica:** Percepción del ambiente de trabajo que tiene el grupo. Refleja conductas, normas y expectativas que son relativamente permanentes en el tiempo y que influyen en la percepción del ambiente laboral que las personas tienen de la organización.

De este modo según Chiang et al. (Chiang et al., 2011) el Clima organizacional puede ser definido como “las descripciones individuales del marco social o contextual del cual forma parte la persona, son percepciones compartidas de políticas, prácticas y procedimientos organizacionales, tanto formales como informales”(p. 6).

**Definición operacional:** El Clima organizacional será medido a través de la escala de Clima organizacional de Chiang et al. (2011). Se incluirán todas las dimensiones del instrumento, las que se detallan a continuación:

- a) “Autonomía”, se refiere a la percepción de autodeterminación con respecto a los procedimientos laborales, objetivos y prioridades.
- b) “Cohesión”, alude a la percepción de unión o de compartir dentro del entorno de la organización, incluida la voluntad de los miembros de proporcionar ayuda material.
- c) “Confianza”, referida a la percepción de libertad para comunicarse abiertamente con los miembros de los niveles superiores de la organización sobre temas sensibles o personales con la expectativa de que no se violará la integridad de dichas comunicaciones.
- d) “Presión”, muestra la percepción que tienen los trabajadores sobre las demandas de tiempo para la finalización de tareas y los estándares de desempeño.
- e) “Apoyo”, alude a la percepción de los trabajadores sobre la tolerancia que los superiores tienen de sus comportamientos laborales, incluida la voluntad de dejar que estos aprendan de sus errores sin temor a represalias.
- f) “Reconocimiento”, se refiere a la percepción que tienen los trabajadores respecto de si son valoradas sus contribuciones a la organización.
- g) “Equidad”, muestra la percepción que tienen los trabajadores sobre la equidad,

arbitrariedad y variabilidad de las prácticas organizacionales.

h) “Innovación”, alude a la percepción que tiene los trabajadores sobre la organización como alentadora de cambio y creatividad, incluida la toma de riesgos en nuevas áreas o áreas donde los trabajadores tiene poca o ninguna experiencia previa (Koys & DeCotiis, 1991).

### **Cultura Organizacional**

**Definición teórica:** La Cultura organizacional describe cómo es hecho el trabajo en la organización y es evaluada como las expectativas conductuales reportadas por los miembros de la organización.

**Definición operacional:** Medido a través de la escala Organizational Culture Assessment Instrument (Cameron & Quinn, 2011). En este estudio se medirán los 4 tipos de cultura que contempla el instrumento:

a) El tipo Clan o colaboradora, se refiere a una organización que se caracteriza por ser muy valorada para trabajar y donde las personas comparten mucho entre sí. La unión de la organización se basa en la lealtad o la tradición. Existe un alto compromiso de sus miembros. La organización da énfasis al beneficio a largo plazo en el desarrollo del recurso humano y concede gran importancia a la cohesión y moral. Además, premia el trabajo en equipo, la participación y el consenso.

b) El tipo Innovadora o Ad-hoc (adhocracia), se refiere a la percepción que tienen los trabajadores hacia la organización, como un lugar dinámico para trabajar, un espacio para emprender y de ambiente creativo. El éxito institucional significa tener utilidades

importantes por la venta de nuevos productos o servicios. La organización estimula la iniciativa individual y la libertad de intelecto.

c) El tipo Jerarquizada o controladora, se refiere a la percepción de la organización como un lugar estructurado y formalizado para trabajar. Los procedimientos gobiernan y dirigen a las personas en el diario quehacer. La preocupación fundamental de la dirección está en la estabilidad y en el funcionamiento eficaz de la organización con altos niveles de control. La administración de los recursos humanos se basa en entregar un puesto de trabajo seguro y previsible, en el cual las recompensas al personal están dadas principalmente por los ascensos y los aumentos en las remuneraciones.

d) El tipo Mercado o competitiva, se refiere a la percepción de la organización como orientada a los resultados, la mayor preocupación es la buena realización del trabajo. Las personas son competitivas y orientadas a los resultados y objetivos. Los líderes son directivos exigentes y competidores a la vez. En este tipo de organización sus miembros están en un ambiente en el cual prima el control del trabajo realizado y además las personas prefieren la estabilidad de la organización (Cameron & Quinn, 2011).

#### **5.3.2.4 Variables nivel individuo (nivel 1) y variables de dispositivos (nivel 2)**

Para los análisis multinivel se determinaron variables de nivel 1 y variables de nivel 2. Las variables de nivel 1 corresponden a las variables individuales sociodemográficas y a las puntuaciones de las escalas centradas al dispositivo, que corresponden a: escala de estigma actitudinal (EAPS-TM), escala de Distancia social,

escala de Compromiso organizacional, escala de Ambigüedad de rol, escala de Conflicto de rol, escala de Agotamiento emocional, escala de Despersonalización, escala de Estigma asociativo, escala de Clima organizacional, escala de Cultura organizacional. Las escalas centradas al dispositivo corresponden a aquellas que resultan de restar a cada caso el promedio del grupo (diferencias del individuo con el dispositivo).

Las variables de nivel 2 corresponden a variables del dispositivo: nivel de atención, Servicio de salud, dispositivos de salud según tipo de proveedores y todos los promedios en las escalas por dispositivo.

#### **5.4 Instrumentos**

La selección de instrumentos se realizó según los siguientes criterios:

- Que presenten una versión en español (excepto la medición de estigma asociativo la cual no cuenta en la actualidad con instrumentos formales asociados).
- Extensión del instrumento. Se privilegió a aquellos instrumentos breves.
- Costo del instrumento. Se optó por aquellos instrumentos a los que se podía acceder fácilmente ya sea por expresa autorización de los autores o encargados de su difusión o bien por ser de libre disposición.
- Existencia de instrumentos para evaluar constructos. Se privilegió la utilización de instrumentos ya existentes para evaluar los constructos, con dos excepciones: a) El estigma en personal de salud para el que se desarrolló un instrumento. Esta decisión se basó en que la escala Mental Illness Clinicians' Attitude (MICA-4) (Gabbidon et al., 2013) que había sido utilizada por el tesista y su docente guía en otras

investigaciones, mostraba dificultades de validez y confiabilidad y b) El estigma asociativo, sobre el que no existen instrumentos formales a la fecha. Para este caso desarrolló un instrumento basado en el trabajo de Verhaeghe & Bracke (2012).

#### **5.4.1 Instrumentos utilizados para medir las Variables dependientes**

##### **5.4.1.1 Escala de actitudes estigmatizantes de profesionales de la salud hacia personas con diagnóstico de trastorno mental (EAPS-TM)**

Se procedió a elaborar un instrumento ad hoc a la investigación, basado en instrumentos ya existentes para evaluar actitudes estigmatizantes en profesionales y técnicos de la salud hacia personas con diagnóstico de trastorno mental.

El EAPS-TM se compone de dos dimensiones denominadas Creencias estigmatizantes e Infantilización y distancia relacional. Consta de 18 ítems en una escala de puntuación de 1 (muy de acuerdo) a 6 (muy en desacuerdo). El rango de la suma de puntajes varía entre 18 a 108 puntos. La forma de medición indica que a mayor puntaje, existe menos estigma en los profesionales y técnicos de la salud. La confiabilidad obtenida en la dimensión de Creencias estigmatizantes fue de  $\alpha=0,86$  y  $\omega= 0,86$  y en la de “Infantilización y distancia relacional” fue de  $\alpha= 0,74$  y  $\omega=0,75$ . Los resultados en la presente investigación fueron similares. Para la escala total los índices de fiabilidad fueron de  $\alpha=0,88$  y  $\omega= 0,88$ . Para la dimensión de Creencias Estigmatizantes fueron de  $\alpha=0,85$

y  $\omega= 0,85$  y para la dimensión de Infantilización y distancia relacional fueron de  $\alpha=0,73$  y  $\omega= 0,74$  (Ver anexo 9.1).

#### **5.4.1.2 Escala de Distancia social (DS)**

Este instrumento fue desarrollado por Link, Cullen, Frank & Wozniak (1987). En este estudio se utilizó la versión adaptada a nuestro país por Grandón et al. (2015)

La escala evalúa el deseo de distancia social hacia las personas con trastornos mentales graves. Este instrumento consta de dos dimensiones: Cercanía e interacción social e Intimidad y confianza. Se compone de una viñeta que expone el caso de una persona con un trastorno mental, seguido de cinco reactivos en un formato de respuesta tipo Likert con cinco alternativas (1 a 5), que van desde nada de acuerdo a totalmente de acuerdo. El rango de la suma de puntajes varía de 5 a 25 puntos; a mayor puntaje existe menos deseo de distancia social.

El análisis factorial en el estudio de adaptación al contexto nacional indicó que la consistencia interna del primer factor fue de  $\alpha= 0,82$ , en tanto que del segundo fue de  $\alpha= 0,75$ . La fiabilidad de la escala total fue de  $\alpha= 0,78$  (Grandón et al., 2015). Los resultados obtenidos en la presente investigación fueron de  $\alpha=0,74$  y  $\omega=0,74$  para la escala total y de  $\alpha= 0,72$  y  $\omega=0,73$  para la dimensión de “Cercanía e Interacción Social” y de  $\alpha=0,75$  y  $\omega=0,75$  para la dimensión de “Intimidad y Confianza”.

## **5.4.2 Instrumentos para medir variables independientes y/o moderadoras**

### **5.4.2.1 Ficha de información general (FIG)**

Se elaboró para esta investigación una ficha que incluye:

- Información sociodemográfica: edad, condición civil, grado académico y profesión.
- Información sobre aspectos profesionales: años de ejercicio profesional, años de ejercicio profesional en el ámbito de la salud mental y horas de capacitación en salud mental.
- Información a nivel de equipo: tipo de intervenciones que realizan los equipos de salud mental en porcentaje y nivel de implementación de las intervenciones.
- Información a nivel de centros de salud: nivel de atención al que corresponden los centros y Servicios de Salud al cual pertenecen los centros de atención.

### **5.4.2.2 Escala de Compromiso Organizacional de Meyer, Allen & Smith (1993).**

#### **Adaptación para Chile de Chiang et al. (2010)**

Se basa en el Modelo de tres componentes del Compromiso organizacional desarrollado por Meyer y Allen (1991). Permite medir el Compromiso que tienen los trabajadores con su organización. Incluye las subescalas de Compromiso organizacional Afectivo, Compromiso organizacional Normativo y Compromiso organizacional de Continuidad.

Cada una de las subescalas puede ser calificada por separado y usada para identificar un perfil de compromiso del trabajador.

Existen dos versiones del instrumento, la escala original de Meyer y Allen (1991) que incluye 8 ítems para cada una de las subescalas y la escala revisada de Meyer, Allen y Smith (1993) que presenta 6 ítems para cada subescala.

Para la presente investigación, se utilizó la versión adaptada a Chile (Chiang et al., 2010) de 21 ítems. La escala de Compromiso organizacional tiene un formato de respuesta Likert que va de 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo). El rango de suma de puntajes total va de 21 a 105 puntos. La subescala de Compromiso Afectivo está compuesta de 7 ítems; la subescala de Compromiso Normativo tiene 6 ítems y la subescala de Compromiso de Continuidad presenta 8 ítems. Los índices de fiabilidad reportados en la investigación de Chiang et al. (2010) para la escala adaptada a Chile fueron de  $\alpha= 0,72$  para la subescala de Compromiso Afectivo,  $\alpha= 0,80$  para la subescala de Compromiso Normativo y  $\alpha= 0,85$  para la subescala de Compromiso de continuidad.

En la tabla 5.2 se presenta la fiabilidad de la escala en otras investigaciones.

Tabla 5.2. Comparación de índices de fiabilidad (Alfa de Cronbach) de la escala de Compromiso Organizacional en diversas investigaciones.

Escala/Dimensiones	(Meyer & Allen, 1991)	(Chiang et al., 2008)	(Peña et al., 2016)	Investigación Actual (se reporta $\alpha$ y $\omega$ )
Compromiso Afectivo	0,87	0,72	0,83	0,80 (0,81)
Compromiso Normativo	0,75	0,80	0,72	0,64 (0,65)
Compromiso de Continuidad	0,79	0,85	0,85	0,73 (0,73)

Valor Omega se reporta entre paréntesis.

Fuente: elaboración propia.

Como se puede ver en la tabla, los índices de fiabilidad obtenidos en la presente investigación son relativamente más bajos al compararlos con otras investigaciones. En particular, la subescala de Compromiso Normativo es la que reporta el índice de fiabilidad más bajo, pero aceptable para su uso.

#### **5.4.2.3 Batería UNIPSICO. Escalas de Conflicto y Ambigüedad de rol (Gil-Monte, 2016)**

El cuestionario denominado Batería UNIPSICO de Demanda Laboral de Gil-Monte (2016) permite evaluar la situación psicosocial de un conjunto de trabajadores con el fin de recomendar medidas preventivas y de intervención para mejorar su calidad de vida laboral. Existen dos tipos de escalas que componen esta batería: escalas que evalúan los factores psicosociales de demanda y escalas que evalúan los factores psicosociales de recursos

Los factores psicosociales de demanda poseen cinco subescalas (1. Conflictos interpersonales, 2. Inequidad en los intercambios sociales, 3. Conflicto de rol, 4. Ambigüedad de rol y 5. Carga de trabajo).

Las escalas utilizadas en la presente investigación fueron las de Ambigüedad de rol y la escala de Conflicto de rol.

Ambas escalas están conformadas por 5 ítems en formato Likert cuyos puntajes van de 0 (nunca) a 4 (Todos los días). El rango de la suma de puntajes va de 0 a 20 puntos.

Los índices de fiabilidad del estudio original señalan para la escala Conflicto de

rol un  $\alpha=0,77$  y para Ambigüedad de rol un  $\alpha= 0,79$  (Gil-Monte, 2016).

La confiabilidad de las escalas de conflicto de rol y ambigüedad de rol reportadas en la presente investigación (Conflicto de rol,  $\alpha=0,67$  y  $\omega=0,68$ ; Ambigüedad de rol,  $\alpha=0,77$  y  $\omega=0,78$ ) resultaron ser levemente más bajas que las reportadas por Gil-Monte. En comparación con un estudio nacional, los resultados actuales fueron relativamente similares. En el estudio citado, se reportaron índices de confiabilidad para Conflicto de rol,  $\alpha=0,67$ ; Ambigüedad de rol,  $\alpha=0,60$  (Olivares-Faúndez, Mena-Miranda, et al., 2014).

#### **5.4.2.4 Escalas de Despersonalización y Agotamiento Emocional (MBHI-HSS. Maslach, 1996)**

El instrumento más utilizado para medir el burnout ha sido el Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981), que posee tres versiones. La versión utilizada en la presente investigación corresponde a la MBI-Human Services Survey (MBI-HSS)<sup>1</sup>, dirigido a los profesionales de servicios humanos. Está constituido por 22 ítems que están distribuidos en 3 sub-escalas: Realización personal en el trabajo con 8 ítems, Agotamiento emocional de 9 ítems y Despersonalización con 5 ítems.

Las sub-escalas se presentan en un formato de escala Likert con puntajes que van de 0 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo).

En la presente investigación se considerarán las subescalas de Despersonalización y de Agotamiento emocional, las más asociadas con actitudes negativas hacia personas

---

<sup>1</sup> Utilizado con la autorización de Mindgarden, INC. (Derechos Reservados).

con TMG.

En Chile se han analizado las propiedades psicométricas del MBI-HSS con buenos índices de fiabilidad (Manso-Pinto, 2006; Olivares-Faúndez, Mena-Miranda, et al., 2014). Los resultados se presentan en la tabla 5.3.

Tabla 5.3. Comparación de índices de fiabilidad de las subescalas de Despersonalización y Agotamiento emocional del MBI-HSS en diversas investigaciones.

	(Maslach et al., 1996)	(Manso-Pinto, 2006)	(Olivares-Faúndez, Mena-Miranda, et al., 2014)	Investigación actual (se reporta $\alpha$ y $\omega$ )
Agotamiento Emocional	0,90	0,82	0,86	0,89 (0,89)
Despersonalización	0,79	0,80	0,72	0,78 (0,82)

Valor Omega entre paréntesis.

Fuente: Elaboracion propia

Como se puede apreciar en la tabla, los índices de confiabilidad obtenidos en la investigación actual son muy similares a los obtenidos en las investigaciones anteriores, incluyendo las que se hicieron en Chile.

#### **5.4.2.5 Escala de Estigma asociativo (Escala ESA-MHP)**

Según las investigaciones revisadas, no existen instrumentos validados para evaluar estigma asociativo. Para el presente estudio se elaboró un instrumento para evaluar estigma asociativo. La escala presentó una conformación de dos dimensiones. La primera, Actitudes negativas hacia el trabajo (7 ítems) y Vergüenza a la revelación (3 ítems).

La escala tiene 10 ítems con formato Likert con puntuaciones que van de 1 (muy en desacuerdo) a 6 (muy de acuerdo). El rango de puntajes es de 10 a 60 puntos para la escala total que se desagrega en un rango de 7 a 42 puntos para la dimensión Actitudes negativas hacia el trabajo y de 3 a 18 puntos para la dimensión Vergüenza a la revelación.

La confiabilidad para la dimensión 1 fue de  $\alpha=0,81$  y  $\omega=0,85$  y para la dimensión 2 fue de  $\alpha=0,69$  y  $\omega=0,84$ . En la presente investigación los índices de fiabilidad fueron de  $\alpha=0,80$  y  $\omega=0,81$  para la escala total; en cuanto a las dimensiones, se observó un  $\alpha=0,80$  y  $\omega=0,80$  para la dimensión de Actitudes negativas hacia el trabajo y un  $\alpha=0,55$  y  $\omega=0,56$  para la dimensión de Vergüenza a la revelación. Información sobre el proceso de construcción y propiedades psicométricas del instrumento se presentan en anexo 9.2.

#### **5.4.2.6 Escala de Clima Organizacional (Chiang, Salazar, Huerta & Nuñez, 2008)**

La escala de Clima organizacional de Koys & Decottis (1991), se utiliza para medir el Clima organizacional en unidades de trabajo. Este instrumento fue adaptado por primera vez al medio nacional por Chiang et al.(2008) encontrándose una alta fiabilidad  $\alpha=0,929$  en una muestra de instituciones públicas de la Región del Bio-Bío (total de ítems=40).

El instrumento de Clima organizacional evalúa percepciones compartidas de políticas, prácticas y procedimientos organizacionales, tanto formales como informales. Consta de 8 dimensiones que abordan diferentes aspectos del Clima organizacional: Autonomía, Confianza, Presión, Apoyo, Reconocimiento, Equidad, Innovación.

El rango de puntuación del instrumento va de 42 a 210 puntos, también se pueden

considerar puntajes parciales por cada dimensión.

Esta investigación utilizó la adaptación final del instrumento al medio nacional la cual consta de 42 ítems (Chiang et al., 2011). En el presente estudio se eliminó un ítem que no cargó correctamente en su dimensión (ítem 23 de la dimensión de equidad). Por otra parte, existen dos ítems que requieren invertir sus puntajes (12 y 14). Todas las dimensiones cuentan con 5 ítems, excepto la dimensión de presión que tiene 7 ítems.

En la tabla 5.4 se presenta una comparación de los índices de confiabilidad del instrumento obtenidos en diferentes estudios incluyendo la presente investigación.

Tabla 5.4. Comparación de índices de fiabilidad de la escala de Clima organizacional en diversas investigaciones

Factor de Clima organizacional		Koys & Decottis (1991)	Chiang, et al. (2008)	Chiang et al (2011)		Estudio Actual ( $\alpha$ y $\omega$ )
				Hospital A <sup>a</sup>	Hospitales B1 <sup>a</sup> y B2 <sup>a</sup>	
I	Autonomía	0,83 – 0,76	0,80	0,82	0,81	0,76 (0,76)
II	Cohesión	0,87 – 0,82	0,84	0,85	0,90	0,86 (0,86)
III	Confianza	0,88 – 0,87	0,80	0,74	0,82	0,86 (0,87)
IV	Presión	0,81 – 0,57	0,34	0,80*	0,64*	0,74 (0,74)
V	Apoyo	0,89 – 0,90	0,82	0,82	0,87	0,87 (0,87)
VI	Reconocimiento	0,83 – 0,84	0,70	0,81	0,70	0,81 (0,82)
VII	Equidad	0,82 – 0,82	0,64	0,73	0,67	0,67 (0,70)
VIII	Innovación	0,80 – 0,87	0,86	0,84	0,89	0,87 (0,87)

Nota: <sup>a</sup> Las clasificaciones de hospitales son señaladas por la investigación con esas nomenclaturas.

\* Nueva escala de la dimensión presión con 7 ítems

Valores de Omega se reportan entre paréntesis.

Fuente: Elaboración propia.

#### 5.4.2.7 Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI. Cameron y Quinn, 1999)

La escala de Cultura Organizacional (Organizational Culture Assessment Instrument, OCAI), creada por Cameron and Quinn (2011), es un instrumento ampliamente usado para diagnósticos culturales de organizaciones laborales (Maximini, 2015). El propósito

general del modelo que sirve de base a la escala es diagnosticar y facilitar el cambio de la cultura de una organización, identificando cuatro grandes clases o tipos de cultura dominantes: a) Clan, b) Ad-hoc (Adhocracia), c) Jerarquizada, y d) Mercado (Quinn & Rohrbaugh, 1983).

La escala presenta seis dimensiones/características de la Cultura organizacional (Características Dominantes, Liderazgo Organizacional, Administración del Recurso Humano, Unión de la Organización, Énfasis Estratégicos, Criterio de éxito) que son evaluadas a través 4 ítems, cada uno de estos hace referencia a uno de los cuatro tipos de cultura. Es importante señalar que una organización puede tener un perfil cultural en el cual están presentes características de varios tipos de cultura, pero con una marcada tendencia a uno o dos tipos.

La escala es ipsativa, es decir, por cada dimensión evaluada se presentan 4 preguntas entre las cuales se debe distribuir un total de 100 puntos (o porcentaje). Esta distribución se realiza en base a la valoración que el sujeto haga sobre las características de la cultura presentes en su organización. El instrumento presenta dos columnas donde se realiza esta evaluación: en la primera se consulta por lo que ocurre actualmente en la institución, en tanto en la segunda por cómo debiera ser idealmente. Los puntajes pueden ser graficados en un plano cartesiano de 4 cuadrantes que representan a cada uno de los tipos de cultura. Cada cuadrante se divide con una línea recta de 45° que se numera desde el 1 al 100. Estos ejes indican el promedio obtenido por cada letra, es decir, mientras más cercana al 100 esté una organización en un cuadrante, más se acerca a ese tipo de cultura organizacional.

El instrumento OCAI ha sido sometido a revisiones para evaluar su confiabilidad y validez (Zammuto & Krakover, 1991). Los resultados obtenidos han fluctuado entre un  $\alpha= 0,71$  y un  $\alpha= 0,79$  (Quinn & Spreitzer, 1991) y entre  $\alpha=0,67$  a  $\alpha=0,83$  (Yeung et al., 1991).

Para la presente investigación, sólo se midió la percepción sobre lo que ocurre actualmente en la organización (escala actual), quedando fuera lo que debiera ocurrir idealmente.

Los índices de fiabilidad obtenidos en esta investigación se presentan en la tabla 5.5.

Tabla 5.5. Índices de Fiabilidad del instrumento OCAI para la escala de percepción actual.

Dimensiones	Coef. alpha	Coef. Omega Total
Cultura de Clan*	0,86	0,87
Cultura de Jerarquía*	0,62	0,65
Cultura de Adhocracia*	0,61	0,62
Cultura de Mercado*	0,69	0,70

Nota: \*Los análisis utilizados en la investigación se basaron en las mediciones de percepción actual y no en la percepción preferida.

Fuente: Elaboración Propia.

#### 5.4.2.8 Resumen instrumentos

Un resumen de los instrumentos utilizados y sus formatos son presentados en la tabla 5.6 (Ver anexo 9.3).

Los permisos de uso y autorizaciones fueron debidamente solicitadas a las fuentes respectivas (Ver anexo 9.4).

Tabla 5.6. Descripción de instrumentos utilizados.

<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>N° Ítems Total</b>	<b>N° Ítems a utilizar</b>	<b>Tipo Escala</b>
Ficha Sociodemográfica	20	20	Alternativa; Ipsativa
Escala EAPS-TM	18	18	Likert 1 a 6
Escala de Distancia Social (Adaptación de Grandón et al. 2015)	5 + viñeta	5+ viñeta	Likert 1 a 5
Estigma Asociativo	11	11	Likert 1 a 6
Cuestionario de Rol (Adaptación Gil-Monte 2015)	27	10 ítems (escalas de conflicto y ambigüedad de rol)	Likert 0 a 4
Burn out (MBI-HSS) (Maslach et al, 1996)	22	14 ( escalas de Agotamiento emocional y Despersonalización)	Likert 0 a 6
Compromiso Organizacional Meyer Allen (Adaptación Chiang et al. 2010)	18	21	Likert 1 a 5
Clima Organizacional (Adaptación Chiang et al. 2011)	42	42	Likert 1 a 5
Cultura Organizacional OCAI (Cameron y Quinn, 1999)	24	48 (escala de valoración actual y valoración preferida)	Escala Ipsativa (0 a 100%)
Tiempo estimado de evaluación		40 minutos	
Ítems a aplicar		189 ítems	

Fuente: Elaboración propia.

## 5.5 Procedimiento

La investigación fue presentado a los comités de ética de los Servicios de Salud participantes y de la Facultad de Medicina para su aprobación. Una vez aprobado por estas instancias se inició el trabajo de campo. Se contactó a los dispositivos de salud que cumplieran los criterios de inclusión. El investigador principal hizo los contactos con cada uno de los servicios y dispositivos. Se accedió a la muestra de dos formas:

a) Se generaron reuniones directas con los equipos de salud para informar e invitar a profesionales y técnicos de salud,

b) Se accedió a los participantes a través de las jefaturas quienes dieron a conocer la investigación socializando la información vía correos electrónicos. Una vez que los profesionales y técnicos aceptaron la propuesta, se procedió a generar una reunión con los interesados/as a quienes se les volvió a explicar la investigación.

A quienes aceptaron participar se les solicitó explicitar su anuencia a través de la firma de un consentimiento informado, incorporado en el cuadernillo de los instrumentos.

Los instrumentos fueron autoaplicados y la aplicación se realizó en horarios y lugares establecidos por la autoridad del dispositivo o del propio equipo, según su disponibilidad. La aplicación fue generalmente grupal dadas las posibilidades de tiempo y presencialidad de profesionales y técnicos en salud.

Se capacitó a dos profesionales que entregaron los instrumentos y acompañaron su aplicación en los equipos de salud, cuando no podía hacerlo el investigador responsable. Se resguardó la autonomía y la confidencialidad de las respuestas, sin intervenir ni inducir sobre lo preguntado.

El procedimiento de recolección de datos se realizó bajo los siguientes criterios éticos: respeto a las personas, a la búsqueda del bien y la justicia (Borgeat et al., 2018).

La información fue recogida en el período de Enero de 2018 a Mayo de 2019.

## 5.6 Aspectos Éticos

En base a los criterios establecidos en la Declaración de Helsinki, promulgada en 1964 por la Asociación Médica Mundial (2001), para el presente estudio se consideraron pautas éticas relacionadas con investigaciones no clínicas que involucran el consentimiento informado de los participantes así como la evaluación ética del protocolo de investigación.

Para la cumplimentación de las exigencias éticas basadas en la declaración de Helsinki de 1964, y según lo dispuesto en la Ley N° 20.120 sobre Investigación Científica en el Ser Humano y su Reglamento (Ley 20120, 2010), el protocolo de investigación fue evaluado desde los puntos de vista ético y científico por uno o más organismos examinadores debidamente constituidos, independientes del investigador. En este caso estos organismos fueron los comités de ética de los Servicios de Salud respectivos (Ver tabla 5.7).

Tabla 5.7. Descripción de información y aprobación del proyecto de investigación por parte de los comités de ética.

Comité de ética Servicio Salud	N° asignado del Acta	Fecha
Comité de ética Servicio Salud Concepción	17-11-78	04-12-2017
Comité de ética Servicio Salud Talcahuano	Acta n° 5	08-01-2019
Comité de ética Servicio Salud Biobío	Acta n°45	03-04-2018
Comité de ética Servicio Salud Ñuble	Acta n°03-19	26-03-2019
Comité de ética Servicio Salud Maule	Acta Septiembre 2018.	26-09-2018
Servicio Salud Arauco	Reporte Consejo Técnico (08 enero 2018)	08-01-2018

Nota: \* Servicio Salud Arauco aprobó bajo autorización de Consejo Técnico.

Ver Anexo 9.5

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, se garantizó la participación voluntaria de profesionales y técnicos en salud mediante la firma

del consentimiento informado el cual contenía la invitación para ser participante de la investigación, declarando los objetivos y métodos de la investigación (Ver anexo 9.6). Asimismo, se señaló la duración prevista de la participación de la persona, los beneficios que razonablemente podrían preverse en favor del participante o de otras personas, como resultado de la investigación. También se plantearon posibles riesgos o molestias previsibles que pudiesen afectar a la persona, asociados a su participación en la investigación. Se informó sobre la confidencialidad de los archivos y finalmente se garantizó a todos los participantes retirarse del estudio en cualquier momento o por cualquier motivo, sin que esta acción tuviera implicaciones sobre su persona.

Para garantizar la confidencialidad de los datos recopilados, se designó un código de identificación. No se permitió acceso a personas ajenas a la investigación a los datos obtenidos.

Los cuestionarios fueron administrados por profesionales del área capacitados y entrenados por el investigador principal del estudio.

La información y resultados obtenidos serán difundidos en cada Servicio de Salud participante.

## **5.7 Plan de Análisis.**

Se generó una base de datos mediante doble digitación para subsanar posibles errores. Realizado este proceso se revisó la presencia de datos faltantes y se decidió eliminar 6 casos que no presentaban información suficiente para ser analizados, el resto de las encuestas estaban completas por lo que no fue necesario realizar procedimientos para tratar datos faltantes.

En todas las escalas se analizó su confiabilidad como consistencia interna utilizando el coeficiente alfa de Cronbach y el Omega Total. En las escalas que fueron desarrolladas para esta investigación, EAPS-TM y Estigma asociativo, se realizaron análisis exploratorio y confirmatorio para comprobar su dimensionalidad.

Todas las pruebas de hipótesis estadística se definieron con un nivel de significación de  $\alpha=0.05$ , y los intervalos de confianza, de modo análogo, con un 95% de confianza.

### **5.7.1 Análisis Descriptivo de las variables.**

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables estudiadas. Para las variables sexo, profesión, nivel de atención de salud y tipo de contrato, se utilizó distribución de frecuencias y porcentajes por categorías de respuesta. Se realizó una exploración de las variables cuantitativas y se realizaron transformaciones categoriales en los casos requeridos. Las variables cuantitativas se describieron usando medidas de

tendencia central - media - y medidas de dispersión -desviación estándar. También se incluyeron los intervalos de confianza al 95% (IC).

El caso de las variables categóricas, para los análisis bivariantes y multivariantes, se realizaron reagrupaciones de categorías según los resultados que se obtuvieron en el análisis descriptivo. Este criterio fue aplicado para variables con más de 4 categorías y aquellas categorías con un número reducido de respuestas.

### **5.7.2 Análisis Bivariantes**

Para el objetivo 1, los resultados fueron analizados utilizando t de Student y ANOVA. Los objetivos 2, 3, 4 y 5 fueron abordados a través de la verificación de las hipótesis que se plantearon en cada uno.

Se hizo uso del coeficiente de correlación de Pearson para verificar las hipótesis 1.1, 1.4, 2.1 y 3.2 previa verificación de la linealidad de la relación entre las variables estudiadas. Considerando la estructura jerárquica de los datos, en aquellos casos donde las variables estudiadas fuesen ambas individuales, se realizó la descomposición de la correlación en su componente inter-clase, que refiere a las correlaciones que se observan a nivel de dispositivos, que corresponde aproximadamente a la correlación entre las medias grupales por dispositivo, del componente intra-clase, que refiere a las correlaciones que se observan a nivel individual, controlando el efecto del dispositivo.

En el caso de las hipótesis 1.2 y 1.3, donde se analizó el efecto de una variable categórica sobre una numérica, se ocupó ANOVA de efectos mixto, donde se controló el efecto del dispositivo. Se revisaron los supuestos de los modelos de regresión.

### **5.7.3 Análisis Multivariante**

Para comprobar aquellas hipótesis que requerían la explicación de una variable dependiente por múltiples variables independientes, se utilizaron modelos jerárquicos lineales. La literatura científica que hace referencia a la utilización de análisis multinivel indica que existe un nivel “natural” jerárquico en las variables que se estudian en el ámbito de la salud (De la Cruz, 2008). De este modo, las variables individuales de los profesionales están anidadas conforme a los dispositivos a los cuales pertenecen los individuos. Metodológicamente, el análisis multinivel, permite incluir características de grupos diferentes en modelos de comportamiento individual. Cuando se incorporan características grupales a este tipo de modelos, se tiene en cuenta la estructura jerárquica de los datos. Además permite obtener mediciones correctas de los errores estándar.

Los modelos jerárquicos utilizados corresponden, en términos más generales, a modelos lineales de efectos mixtos. Estos consideran como efectos fijos del modelo a las variables en estudio. Estas son:

Variables independientes: Cultura organizacional (4 tipos de cultura), Clima organizacional (8 subescalas), Conflicto de rol, Ambigüedad de rol, Despersonalización, Agotamiento emocional, Compromiso organizacional (3 subescalas), Estigma asociativo

(2 dimensiones) y las variables dependientes: Estigma actitudinal hacia personas con diagnóstico de estigma (2 dimensiones) y Distancia social.

Como efecto aleatorio se consideró el efecto del centro de salud no explicado por las variables nivel 2 dispositivos (promedio por dispositivos).

Para las hipótesis 3.1, 2.2, 5 y 6, se trabajó con las variables a nivel 1 (centradas) y nivel 2 (promedios por dispositivos). Para el ajuste de los modelos se utilizó método de máxima verosimilitud restringida. Para comparar los modelos, manteniendo la estructura anidada entre ellos, se utilizó el test de razón de verosimilitudes no restringida.

En el caso que los resultados de las pruebas de verosimilitud no fueran aprobados, no se continuó con análisis posteriores.

Para corroborar la hipótesis 4.1 y 4.2 correspondiente a la mediación de las variables de Agotamiento emocional y Despersonalización en la relación entre el Clima organizacional y el estigma, y entre el estigma asociativo y el estigma, respectivamente, se utilizaron las indicaciones de MacKinnon (2008). Esto implica el cálculo de efectos directos, indirectos y la prueba de hipótesis sobre el efecto indirecto mediante bootstrap. Se utilizó SEM sobre modelos saturados, lo que implica que no existe necesidad de presentar indicadores de ajuste.

Para verificar la hipótesis 5 se realizaron análisis de moderación de la variable Clima organizacional en la relación entre Cultura organizacional y variables actitudinales, cognitivas y de bienestar y estigma asociativo, con el estigma. Se utilizó la prueba de razón de verosimilitud sobre el conjunto total de moderaciones posibles como prueba omnibus general, para posteriormente analizar las interacciones específicas por cada una

de las variables del Clima, ajustando la familia de análisis por ajuste de tasa de falso descubrimiento (Benjamini & Hochberg, 1995).

Para determinar con mayor precisión las moderaciones, es decir, determinar entre que niveles de las variables se producen las moderaciones, se procedió a trabajar por grupos de interacciones conforme a lo señalado por Harrell (2015), controlando por tasa de falso descubrimiento.

Una vez determinado esto, se procedió a revisar las moderaciones por cruces de variables específicas. Se analizaron aquellos resultados que fueron significativos y para interpretarlos se utilizó el método de observar la pendiente de regresión en dos valores (una desviación estándar abajo y una arriba de la moderadora). En este método se muestra la dirección de la moderación, la que puede ser ordinal, apreciándose una variación en magnitud, o bien puede ser disordinal, observándose efectos donde existirán variaciones en magnitud y en dirección (Widaman et al., 2012).

### **5.7.3.1 Análisis de colinealidad**

Al realizar los análisis en una primera iteración, se observó que en la prueba de interacciones se producían errores por multicolinealidad, es decir, ciertas variables predictoras pueden ser (casi) totalmente predichas por otras predictoras, lo que generaba una redundancia que impedía estimar los coeficientes de las variables.

Se utilizó entonces la función `redun` de `Hmisc` de Harrell (2015). Se pudo observar que 4 variables eran predichas en más de un 0,9 por el resto de las variables predictoras

(Clima- apoyo, Clima-Innovación, Clima-Equidad y Compromiso organizacional afectivo a nivel de dispositivo. Como todas estas son variables de dispositivos (nivel 2) de escalas con más de un factor, fueron eliminadas.

Para corroborar la hipótesis 6, correspondiente a la diferencia en importancia de las variables individuales (nivel 1) y del dispositivo de salud (nivel 2) en la predicción de las variables dependientes, se toma la decisión de usar el método de Nakagawa-Schiezeth (2013) marginal, ya que era el más adecuado para responder a la hipótesis. Este corresponde a la varianza total, explicada por el modelo de componentes fijos. Es similar a  $S^2_{B^2_1}$ , pero la fórmula de cálculo es distinta ya que se basa en las estimaciones de los componentes de varianza (que es generalizable) y no es la varianza observada, que dependen mucho de los tamaños de grupo.

Se comparó el  $R^2$  de Nakagawa-Schiezeth (2013), adecuado para modelos de efectos mixtos, entre los modelos que consideraban solo variables a nivel tipo 1 (individuales), versus los modelos que solo consideraban variables a nivel tipo 2 (dispositivo), usando como prueba de hipótesis estadística el intervalo de confianza al 95% de la diferencia entre los  $R^2$  del modelo individual y grupal. Posteriormente, se realizó análisis de dominancia sobre los tipos de variables individuales y de dispositivos para luego realizar un análisis de dominancia más específico sobre el o los tipos de variables que presentaron mayor importancia en el primer análisis.

## **6 RESULTADOS**

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la investigación. En primer lugar se reportan los datos descriptivos de la muestra, luego los descriptivos de las variables dependientes y de las independientes, y finalmente, se presentan los resultados relacionados con los objetivos y las hipótesis del estudio.

### **6.1 Caracterización de la muestra**

El total de participantes fue de 419 proveedores de salud mental pertenecientes a los servicios de salud de Concepción, Talcahuano, Bío-bío, Arauco, Ñuble y Maule (Ver Tabla 6.1).

Participaron profesionales y técnicos de diversas profesiones de la salud, por lo cual se definieron dos categorías. En primer lugar, profesionales del área biomédica (médico general, enfermera/o, técnicos en enfermería nivel superior y otros) con un n=114 que corresponde al 27,2% de la muestra. En segundo lugar, profesionales del área psicosocial (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales) con un n=305 que corresponde al 72,8% de la muestra. Cabe destacar que en ocho dispositivos solo participaron profesionales de la categoría psicosocial y un dispositivo solo reportó información de profesionales de la categoría biomédica.

Tabla 6.1. Dispositivos de salud y participantes por Servicio de Salud.

Nivel de Atención	Servicio de Salud	Dispositivos	Personas	Hombres		Mujeres		Area Psicosocial		Area Biomédica		
				n	%	n	%	n	%	n	%	
Primario	Ñuble	2	16	1	0,24	15	3,58	15	3,58	1	0,24	
	Concepción	3	18	2	0,48	16	3,82	16	3,82	2	0,48	
	Talcahuano	5	32	10	2,39	22	5,25	24	5,73	8	1,91	
	Biobio	5	48	13	3,10	35	8,35	38	9,07	10	2,39	
	Arauco	2	12	4	0,95	8	1,91	10	2,39	2	0,48	
	Maule	3	44	13	3,10	31	7,40	19	4,53	25	5,97	
Secundario	Ñuble	4	30	10	2,39	20	4,77	17	4,06	13	3,10	
	Concepción	5	54	21	5,01	33	7,88	43	10,26	11	2,63	
	Talcahuano	5	50	12	2,86	38	9,07	39	9,31	11	2,63	
	Biobio	3	17	2	0,48	15	3,58	11	2,63	6	1,43	
	Arauco	6	47	14	3,34	33	7,88	33	7,88	14	3,34	
	Maule	4	51	12	2,86	39	9,31	40	9,55	11	2,63	
	Total	47	419	11	4	27,2	305	72,8	305	72,8	114	27,2

Fuente: Elaboración Propia.

Participaron 47 dispositivos de salud que se distribuyen en 20 centros de atención primaria (CESFAM) y 27 centros de atención secundaria (COSAM, CRD, Hospital de día, Hospitales y Servicios de Psiquiatría).

La muestra se conformó principalmente por mujeres (72,8%). La edad promedio de los participantes fue de 36,7 años (*D.E.*= 8,2). Respecto al tipo de profesión, 92 personas eran trabajadores sociales (22%), 139 psicólogos (33,2%), 55 psiquiatras (13%), 37 técnicos en enfermería nivel superior (8,8%), 32 médicos generales (7,6%), 22 enfermeras (5,3%), 19 terapeutas ocupacionales (4,5%) y 23 personas que registraron otras profesiones (5,5%).

El 56% de los encuestados declara tener estudios de postgrados o post-título (Ver Tabla 6.2). Del total de la muestra, solo tres profesionales (psiquiatra, psicólogo y médico general) reportan el grado de doctor.

Tabla 6.2. Descriptivos de formación académica en profesionales de la salud.

Profesión del Participante	Con estudios (Post título, Magister, Doctorado)	Porcentaje por profesion	Sin estudios	Porcentaje por profesión	Total
Psiquiatra	47	85,5	8	14,5	55
Médico General	8	25,0	24	75,0	32
Psicólogo/a	110	79,1	29	20,9	139
Trabajador/a Social	51	55,4	41	44,6	92
Terapeuta Ocupacional	8	42,1	11	57,9	19
Enfermera/o	3	13,6	19	86,4	22
Técnico en enfermería nivel superior	1	2,7	36	97,3	37
Otra	7	30,4	16	69,6	23
Total	235	56,08	184	43,91	419

Fuente: Elaboración Propia.

En cuanto a aspectos laborales, el 51,6% señala contar con contrato a plazo fijo, un 27,9% presenta la condición de contrato indefinido y un 18,6 % señala tener contrato a honorarios. Existe un 1,9% que indica otro tipo de contrato.

En promedio, los participantes declaran llevar 10,5 años ( $D.E.=7,27$ ) ejerciendo la profesión. Los profesionales del área psicosocial llevan un tiempo menor con un promedio de 7,8 años ( $D.E.= 6,05$ ).

## **6.2 Análisis descriptivo escalas de medición**

Para comenzar se presentan los descriptivos de las variables dependientes, relacionadas con el estigma, para posteriormente describir los de las variables actitudinales, cognitivas y de bienestar del contexto organizacional de los dispositivos de salud mental (Compromiso organizacional, Conflicto de rol, Ambigüedad de rol, Despersonalización y Agotamiento emocional), Estigma asociativo, y las variables organizacionales de Clima organizacional y Cultura organizacional.

### **6.2.1 Escalas de medición para variables dependientes**

#### **6.2.1.1 Estigma de profesionales y técnicos en salud hacia personas con diagnóstico de trastorno mental (Escala EAPS-TM)**

Las actitudes estigmatizantes en profesionales y técnicos de la salud mental fueron evaluadas a través de la escala EAPS-TM. Para efectos de analizar los resultados, se procedió a considerar la puntuación bruta. A mayor puntaje, existe menor presencia de estigma. La muestra obtuvo un puntaje promedio de 4,14 (*D.E.*= 0,731). Los puntajes promedios están sobre la media teórica, por lo que se puede asumir que el nivel de estigma es bajo (Ver Tabla 6.3).

**Dimensión 1. Creencias estigmatizantes.** Esta dimensión evalúa las creencias erróneas que habitualmente existen sobre las personas con diagnóstico de TMG, entre estas destacan la dependencia, peligrosidad e impredecibilidad. La muestra presentó un

puntaje promedio de 3,8 ( $D.E.= 0,88$ ). Esta media se ubica cerca de la categoría de respuesta “en desacuerdo” lo que indica un reducido nivel de estigma.

**Dimensión 2. Infantilización y distancia relacional.** Esta dimensión evalúa la percepción de las personas con TMG como infantiles, dependientes, necesitadas de control adulto y el deseo de mantener una relación distante con ellas. La muestra presentó un puntaje promedio de 4,9 ( $D.E.=0,70$ ). La media está cerca de la categoría “en desacuerdo” lo que indica un bajo nivel de estigma.

#### **6.2.1.2 Variable Distancia Social (Escala de Distancia Social)**

Esta variable fue evaluada con la Escala de Distancia social (DS). La media obtenida en la muestra fue de 3,3( $D.E.=0,63$ ). De acuerdo a los resultados obtenidos en la adaptación chilena del instrumento, un mayor valor indicaría menor deseo de distancia social. La media está cerca de la categoría “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, lo que indicaría un nivel medio de Distancia social.

La asimetría y curtosis de las tres medidas de estigma indican una forma de distribución normal. Se observa una pequeña asimetría negativa que explicaría el hecho que la muestra tiende a no estigmatizar, especialmente en Infantilización y distancia relacional.

Tabla 6.3. Descriptivos de la Escala de actitudes estigmatizantes en profesionales de la salud hacia trastornos mentales y la escala de Distancia social.

Escalas / Dimensiones	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	Asimetría	Curtosis
EAPS-TM	4,1	0,73	-0,21	-0,41
Creencias estigmatizantes	3,8	0,88	-0,12	-0,62
Infantilización y distancia relacional	4,9	0,70	-0,69	0,15
Escala Distancia social	3,3	0,63	-0,02	0,12

Nota: Escala EAPS-TM: puntajes 1 a 6. Mayor puntaje indica menor presencia de la variable.

Escala DS: puntajes 1 a 5. Mayor puntaje indica menor presencia de la variable

Fuente: Elaboración Propia.

## 6.2.2 Variables Independientes y/o moderadoras

### 6.2.2.1 Variable de Compromiso organizacional (Escala de Compromiso organizacional)

En promedio, la muestra obtuvo un puntaje general de 3,26 (*D.E.*=0,48). Las medias obtenidas en las dimensiones de compromiso afectivo, normativo y de continuidad son consistentes con investigaciones anteriores. Se encontraron niveles medios y altos de compromiso organizacional conforme a los baremos para categorizar los puntajes según estudios previos (Chiang et al., 2016; Chiang et al., 2011; Peña et al., 2016).

Las asimetría y curtosis de la escala y dimensiones indicarían una tendencia de los puntajes de la muestra a concentrarse en el centro, por lo que los puntajes asemejan a una distribución normal (Ver Tabla 6.4).

Tabla 6.4. Descriptivos de la Escala de Compromiso organizacional y sus dimensiones.

Escalas / Dimensiones	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	Asimetría	Curtosis
Escala Compromiso organizacional	3,26	0,48	-0,21	0,27
Afectivo	3,61	0,72	-0,62	0,19
Normativo	3,18	0,67	-0,07	-0,11
de Continuidad	3,02	0,73	0,08	-0,34

Nota: Escala Compromiso organizacional: Escala Likert 1 a 5. Mayor puntaje indica mayor presencia de la variable.

Fuente: Elaboración Propia.

### 6.2.2.2 Variable Conflicto de Rol y Ambigüedad de rol (Escala Bateria UNIPSICO)

En la variable Conflicto de rol la media fue de 1,05 (*D.E.*= 3,26). El bajo puntaje total coincide con el hecho que cada ítem reportó valores promedios en el rango de 1 a 2 que señalan la nula o escasa presencia de la aseveración (Ver Tabla 6.5).

Tabla 6.5. Descriptivos de las Escalas Conflicto y Ambigüedad de rol.

Escalas	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	Asimetría	Curtosis
Escala conflicto de rol	1,05	0,65	0,816	0,450
Escala ambigüedad de rol	3,43	0,73	-1,779	3,941

Nota: Escala likert puntajes 0 a 4.

Escala Conflicto de rol: Mayor puntaje indica mayor presencia de la variable.

Escala Ambigüedad de rol: Mayor puntaje indica menor presencia de la variable.

Fuente: Elaboración Propia.

El rango de puntajes fue pequeño. Esto muestra que la frecuencia de las situaciones planteadas no ocurren nunca o bien ocurren solo algunas veces al año, es decir hay un escaso Conflicto de rol. La asimetría y curtosis observadas en esta escala tiende a una forma de distribución normal. En el estudio de Gil-Monte (2016) se reportaron resultados similares ( $M=1,29$ ,  $D.E.=0,81$ ).

Para la variable de Ambigüedad de rol la media fue de 3,43 ( $D.E.=0,73$ ). Las puntuaciones se centraron alrededor de la categoría denominada “frecuentemente” (que corresponde al puntaje 3).

La media obtenida es similar a lo reportado en el estudio de Gil-Monte ( $M=2,98$ ,  $D.E.=0,80$ ) y en el de Olivares-Faundez cuya media fue de  $M=3,41$  (Gil-Monte, 2016; Olivares-Faúndez, Gil-Monte, et al., 2014). La media se ubica en la categoría de puntaje que señala la ocurrencia de los eventos consultados en algunas veces al mes.

La asimetría y curtosis de la escala de Ambigüedad de rol señalan una menor presencia de la variable (mayor puntaje indica menos ambigüedad de rol). La concentración de puntajes está en los valores altos, lo que indica que no se asemeja a una forma de distribución normal.

### **6.2.2.3 Variables de Agotamiento Emocional y Despersonalización (Escala Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey)**

En promedio, el puntaje obtenido en la escala de Agotamiento emocional fue de 1,64 ( $D.E.=1,12$ ). Esta escala evalúa la experiencia subjetiva de una persona sobre su trabajo, implica sentimientos de estrés y sobrecarga emocional. El promedio obtenido es más bajo que lo observado en un estudio previo en Chile (Manso-Pinto, 2006), donde la media reportada fue de 2,04 ( $D.E.=1,02$ ). No obstante, ambos resultados indican un bajo nivel de agotamiento emocional. La media se ubica en la categoría de puntuación de la escala de “pocas veces al año o menos”.

El puntaje promedio obtenido en la escala de Despersonalización fue de 0,85 (*D.E.*=0,92). La escala mide actitudes negativas y cínicas (de frialdad y distanciamiento) hacia los usuarios o al trabajo en general.

La media fue más baja que lo encontrado en estudios previos en el país ( $M=1,41$ ,  $D.E.=1,33$ ), (Olivares-Faúndez, Mena-Miranda, et al., 2014). Esto indica que se observa una menor presencia de actitudes de Despersonalización en los profesional o técnicos de la salud.

Se observa una asimetría positiva pequeña y una curtosis que tiende a asemejar una distribución normal.

Para la Despersonalización, la distribución no es normal. Se observa una distribución que acumula los puntajes en las categorías más bajas (asimetría positiva). Este resultado es similar a lo reportado en escalas de depresión o ansiedad, donde los sujetos tienden a mostrar poca presencia de la variable.

Las medias para Agotamiento emocional y Despersonalización son bajas. En la Tabla 6.6 se presentan los resultados descriptivos de ambas escalas.

Tabla 6.6. Descriptivos de las escalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización (Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey).

Escalas	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	Asimetría	Curtosis
Agotamiento Emocional	1,64	1,12	0,94	0,61
Despersonalización	0,85	0,92	1,87	5,18

Nota: Escalas likert puntajes 0 a 6. Mayor puntaje indica mayor presencia de las variables.

Fuente: Elaboración Propia.

#### 6.2.2.4 Variable de Estigma asociativo (Escala de Estigma asociativo para profesionales de la salud)

La media fue de 2,39 puntos ( $D.E.=0,80$ ). El 65,5% de las personas encuestadas obtuvieron un puntaje general igual o menor a 2,7 puntos. Esta media se ubica cerca de la categoría de respuesta “un poco en desacuerdo” lo que indica un nivel medio de percepción de estigma asociativo (Ver Tabla 6.7).

La media obtenida en el instrumento general indica que las distribuciones se acercan a la normalidad.

Tabla 6.7. Descriptivos de la escala de Estigma asociativo y sus dimensiones.

Escala / Dimensiones	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	Asimetría	Curtosis
Escala Estigma asociativo	2,39	0,80	0,35	-0,33
Actitudes negativas hacia el trabajo	2,81	1,04	0,24	-0,57
Vergüenza a la revelación	1,43	0,67	2,33	7,56

Nota: Escala Likert 1 a 6. Mayor puntaje señala más presencia de la variable.

Fuente: Elaboración Propia

Para la dimensión de Actitudes negativas hacia el trabajo, la muestra obtuvo una media de 2,81 ( $D.E.=1,044$ ). Este promedio se acerca a la categoría de “un poco en desacuerdo”, lo que podría considerarse como un puntaje medio. La asimetría y curtosis indica que la forma de la distribución se asemeja a una normal. Para la dimensión de Vergüenza a la revelación la media obtenida por la muestra fue de 1,43 ( $D.E.=0,67$ ). Los resultados se agrupan en la categoría “en desacuerdo”, lo que indicaría un nivel bajo de percepción de la variable entre los proveedores de salud mental. Se observa una asimetría

positiva lo que indicaría poca presencia de Vergüenza a la revelación por trabajar en el ámbito de la salud mental.

### 6.2.2.5 Variable de Clima organizacional (Escala de Clima organizacional)

La muestra obtuvo una media general de 3,56 (*D.E.*= 0,470). En cuanto a las dimensiones que componen esta variable, su asimetría y curtosis indican una forma que asemeja a una distribución normal. Se observa que las medias son similares y se encuentran en un rango medio, siendo la media más baja para la dimensión de Presión ( $M=3,25$ ;  $D.E.=0,70$ ) y la media más alta para la dimensión de Confianza ( $M=3,85$ ,  $D.E.=0,77$ ). Las desviaciones estándar (rango de 0,47 a 0,81) confirman la uniformidad de las respuestas dadas por los proveedores de salud mental. Los resultados se presentan en la Tabla 6.8.

Tabla 6.8. Descriptivos de la Escala de Clima organizacional y sus dimensiones.

Escalas / Dimensiones	M	D.E.	Asimetría	Curtosis
Escala Clima organizacional	3,56	0,47	-0,47	0,66
Autonomía	3,57	0,71	-0,54	0,29
Cohesión	3,76	0,76	-0,78	0,78
Confianza	3,85	0,77	-0,83	0,62
Presión	3,25	0,70	-0,04	-0,39
Apoyo	3,69	0,81	-0,74	0,58
Reconocimiento	3,32	0,80	-0,41	-0,10
Equidad	3,52	0,69	-0,65	0,77
Innovación	3,58	0,77	-0,45	0,29

Nota: Escala Clima organizacional: Escala Likert 1 a 5

Fuente: Elaboración Propia

Las medias obtenidas en el presente estudio son más bajas que las encontradas en la investigación de Chiang et. al. (2011). Por otra parte, ambas investigaciones coinciden

en que la dimensión “Presión” tiene la menor media. El estudio previo se realizó también en el ámbito de la salud considerando hospitales de alta y baja complejidad. Las diferencias observadas en las desviaciones estándar de ambos estudios pueden tener relación con que la presente investigación tuvo una mayor variabilidad de centros de salud que el estudio original donde sólo se consideraron dos tipos de dispositivos (Ver Tabla 6.9).

Tabla 6.9. Comparación de medias de las dimensiones de Clima organizacional entre el estudio de Chiang et al. y la investigación actual.

Dimensiones Escala Clima organizacional	Resultados estudio Chiang et al (2011)				Investigación actual	
	Hospitales de alta complejidad		Hospitales de baja complejidad		N=47 dispositivos de salud	
	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>
Autonomía	73,66	7,34	75,64	6,85	64,13	17,8
Cohesión	70,67	7,21	73,63	10,06	68,79	19,01
Confianza	77,81	6,59	75,99	8,19	71,1	19,37
Presión	50,54	4,68	49,21	5,13	56,29	17,55
Apoyo	73,38	7,01	71,09	11,73	67,22	20,14
Reconocimiento	65,41	5,9	63,781	8,57	57,88	20,03
Equidad	71,32	5,56	69,29	6,05	62,77	17,32
Innovación	71,81	6,88	71,629	8,51	64,46	19,36

Nota: Las medias reportadas por investigaciones principales están estandarizadas a una escala de 100 puntos. Para realizar la comparación se aplicó la fórmula señalada por Fournier y Garnier (1990) para la transformación de puntajes de variables a una misma escala.

Fuente: Elaboración Propia

#### 6.2.2.6 Variable de Cultura organizacional (Escala OCAI)

En la Tabla 6.10 se presenta los descriptivos para Cultura organizacional. Como ya se ha señalado con anterioridad, la medición de esta variable se realizó utilizando una escala con formato ipsativo, es decir, un puntaje de 100 que se distribuye entre 4 opciones

por cada dimensión. Las personas encuestadas deben responder sobre su percepción de la Cultura de la organización según su perspectiva presente (actual) y sobre lo deseado (preferido).

Tabla 6.10 Descriptivos de la escala de Cultura organizacional

Escalas / Dimensiones	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	Asimetría	Curtosis
ocai.clan <sup>a</sup>	24,97	13,32	0,93	1,63
ocai.jerarquía <sup>a</sup>	33,52	10,91	0,58	0,74
ocai.adhocracia <sup>a</sup>	15,89	7,04	-0,02	-0,48
ocai.mercado <sup>a</sup>	25,62	10,63	0,63	0,79
ocai.clan <sup>p</sup>	37,12	9,45	0,95	1,76
ocai.jerarquía <sup>p</sup>	25,49	7,35	0,34	0,57
ocai.adhocracia <sup>p</sup>	20,42	6,43	-0,07	-0,04
ocai.mercado <sup>p</sup>	16,97	6,18	0,03	-0,06

Nota: Escala Ipsativa (0-100 por dimensión)

a: valores referidos a la percepción actual de los trabajadores

p: valores referidos a la percepción preferida de los trabajadores

Fuente: Elaboración Propia.

**Dimensiones Escala OCAI-Actual:** La dimensión con mayor media es Jerarquía, con un 33,52% de las preferencias (*D.E.*=10,91). Luego Mercado, con 25,62% de las preferencias (*D.E.*=10,63) y Clan, con una media de 25% de respuestas (*D.E.*=13,32). En último lugar observamos la dimensión de Adhocracia, con un promedio de un 15,89% (*D.E.*=7,04).

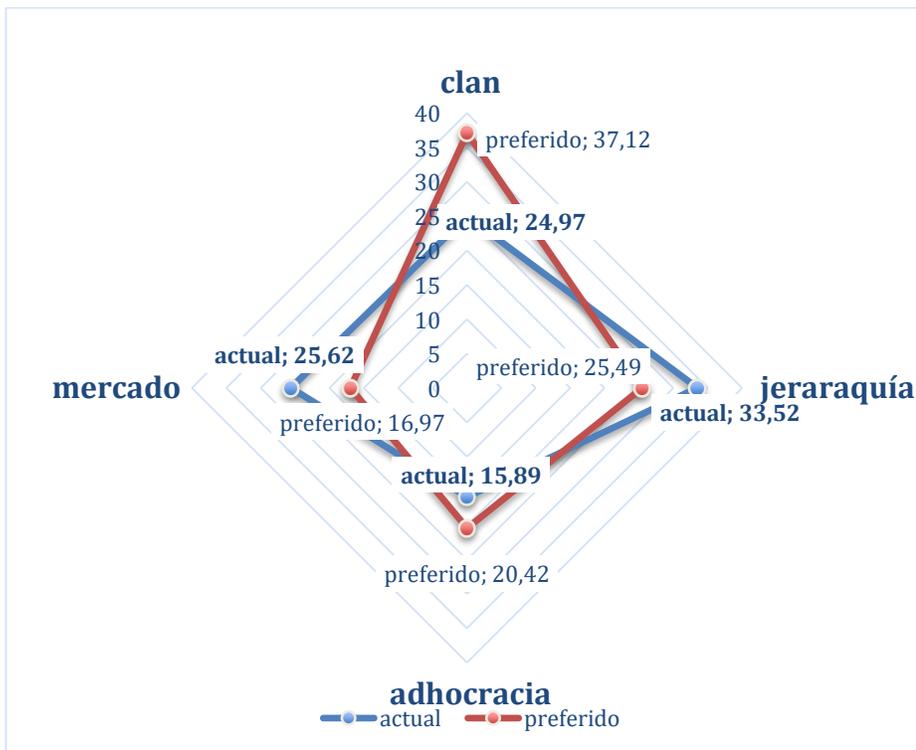
Estos resultados indican que los proveedores de salud reconocen principalmente la presencia de una Cultura Jerárquica en los dispositivos de salud.

**Dimensiones Escala OCAI-Preferido:** La dimensión Clan fue la que obtuvo la mayor media de 37,12% (*D.E.*=9,45); para la dimensión Jerarquía, el promedio obtenido fue de 25,49% (*D.E.*=7,35). Respecto de la dimensión Adhocracia y Mercado, el promedio obtenido fue de 20,42% (*D.E.*=6,43) y 16,97% (*D.E.*=6,18) respectivamente. Estos

resultados indican que el personal de salud desearía tener una cultura más colectiva. El gráfico 6.1 representa la cultura observada en la muestra general.

En la presente investigación solo se utilizaron los puntajes relacionados con la percepción actual de la Cultural organizacional.

Gráfico 6.1. Tendencia de cultura predominante para la muestra general.



En resumen, se observó que las escalas señalan distribuciones que asemejan curvas normales.

### **6.3 Resultados sobre estigma y variables sociodemográficas**

Los siguientes resultados buscan responder a lo planteado en el primer objetivo específico: determinar el nivel de estigma, medido a través de Actitudes y Distancia social, hacia personas con TMG presente en los proveedores de salud mental de nivel primario y secundario de atención.

#### **6.3.1 Actitudes estigmatizantes (Escala EAPS-TM) y variables sociodemográficas**

En la Tabla 6.11 se presentan las medias de las Actitudes estigmatizantes de acuerdo a las variables sociodemográficas.

Los resultados de la *t* de Student evidencian que existen diferencias estadísticamente significativas con un tamaño de efecto mediano entre las medias de los niveles de atención [ $t(417) = 5,47, p < 0,001; d = 0,57$ ] y entre las medias de proveedores de la salud con estudios de post grado y sin estudios [ $t(417) = 5,48, p < 0,001; d = 0,57$ ]. Un mayor nivel de estigma se presenta en los dispositivos de atención primaria y entre proveedores de salud mental sin estudios de post grado. Los resultados del ANOVA evidencian que existen diferencias estadísticamente significativas con un efecto de tamaño pequeño en estigma y profesión [ $F(7,411) = 14,392, p < 0,001; \eta^2 = 0,20$ ] (Ver Anexo, Tabla OE1.1).

Tabla 6.11. T-student y ANOVA entre Estigma actitudinal y variables sociodemográficas.

Variables Sociodemográficas	n	M	D.E.	p valor	d	η <sup>2</sup>
<b>Género</b>				t(417)= 0,570, p=0,569	0,14	0,001
Femenino	305	4,2	0,75			
Masculino	114	4,1	0,69			
<b>Edad</b>				F(3,415)=1,52, p=0,208		0,011
22 a 29 años	90	4	0,70			
30 a 39 años	196	4,2	0,71			
40 a 49 años	98	4,2	0,78			
50 o +	35	4,2	0,78			
<b>Nivel de atención</b>				<b>t(417)= 5,47, p&lt;0,001</b>	<b>0,57</b>	<b>0,67</b>
Primario	170	3,9	0,67			
Secundario	249	4,3	0,73			
<b>Profesión</b>				<b>F(7,411)= 14,392, p&lt;0,001</b>		<b>0,20</b>
Psiquiatra	55	4,4	0,54			
Médico General	32	3,7	0,57			
Psicólogo/a	139	4,4	0,66			
Trabajador/a Social	92	4,1	0,70			
Terapeuta Ocupacional	19	4,8	0,55			
Enfermera/o	22	4,1	0,66			
Técnicos en enfermería de nivel superior	37	3,5	0,78			
Otra	23	3,6	0,75			
<b>Estudios post grado / post título</b>				<b>t(417)= 5,48, p&lt;0,001</b>	<b>0,57</b>	<b>0,067</b>
Con estudios	235	4,3	0,68			
Sin estudios	184	3,9	0,74			
N		419				

Fuente: Elaboración Propia.

En negrita: resultados significativos.

### **6.3.2 Distancia social (Escala DS) y variables sociodemográficas**

A continuación se presentan los resultados obtenidos de las comparaciones de medias entre la variable Distancia social y variables sociodemográficas (Ver Tabla 6.12).

Los resultados de la *t* de Student evidencian que existen diferencias estadísticamente significativas con un tamaño de efecto mediano entre las medias de los niveles de atención [ $t(417) = 5,109, p < 0,001; d = 0,49$ ]. Se observó mayor nivel de distancia social en dispositivos de atención primaria.

Los resultados del ANOVA evidencian que existen diferencias estadísticamente significativas con un efecto de tamaño pequeño en Distancia social y profesión [ $F(7,411) = 5,64, p < 0,001; \eta^2 = 0,088$ ] (Para pruebas de contraste, ver anexo 9.7.1. Tabla OE 1.1).

Tabla 6.12. T-student y ANOVA entre Distancia social según variables sociodemográficas.

Variabes Sociodemográficas	n	M	D.E.	p valor	d	η <sup>2</sup>
<b>Género</b>				t(417)= -0,292, p=0,770	0,16	0,00005
Femenino	305	3,2	0,61			
Masculino	114	3,3	0,69			
<b>Edad</b>				F(3,415)=0,294, p=0,829		0,002
22 a 29 años	90	3,3	0,65			
30 a 39 años	196	3,2	0,61			
40 a 49 años	98	3,3	0,62			
50 o +	35	3,2	0,77			
<b>Nivel de atención</b>				<b>t(417)= 5,109, p&lt;0,001</b>	<b>0,49</b>	<b>0,059</b>
Primario	170	3,1	0,60			
Secundario	249	3,4	0,62			
<b>Profesión</b>				<b>F(7,411)= 5,64, p&lt;0,001</b>		<b>0,088</b>
Psiquiatra	55	3,5	0,57			
Médico General	32	3,0	0,67			
Psicólogo/a	139	3,2	0,62			
Trabajador/a Social	92	3,2	0,57			
Terapeuta Ocupacional	19	3,9	0,59			
Enfermera/o	22	3,3	0,57			
Técnicos en enfermería de nivel superior	37	3,1	0,57			
Otra	23	3,1	0,82			
<b>Estudios post grado / post título</b>				t(417)= 0,349, p=0,0586	0,16	0,002
Con estudios	235	3,3	0,63			
Sin estudios	184	3,2	0,64			
N		419				

Nota: En negrita resultados significativos.

Fuente: Elaboración propia.

En resumen, se observan diferencias significativas con tamaños de efecto moderado en nivel de atención y las medidas de estigma. El nivel primario de atención presentó mayor nivel de estigma.

A nivel de individuos, las variables profesión y presencia de estudios de post grado muestran diferencias significativas.

### 6.3.3 Medición de estigma por servicio de salud

Los resultados en general indican una baja presencia de actitudes estigmatizantes y distancia social por Servicio de Salud, sin embargo, se pueden apreciar algunas diferencias entre estos.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios obtenidos en la escala de Actitudes estigmatizantes (EAPS-TM) ( $F(5,413)=4,12, p=0,01$ ) y en la Distancia social ( $F(5,412)=3,057, p=0,010$ ) por cada servicio de salud (Ver Tabla 6.13)

Se aplicó la prueba post hoc de Bonferroni para determinar las diferencias significativas entre grupos. Para las actitudes estigmatizantes se observó un menor nivel de estigma en el Servicio de Salud Arauco y se encontraron diferencias significativas entre este Servicio y los Servicios de Salud Biobío,  $\Delta_{\text{Arauco-Biobio}}= 0,45, p=0,024$ , y el Servicio de Salud Ñuble,  $\Delta_{\text{Arauco-Ñuble}} 0,55, p=0,005$ .

El servicio de Salud Arauco también reportó menor nivel de distancia social y el resultado fue estadísticamente significativo en comparación con el Servicio de Salud Biobío,  $\Delta_{\text{Arauco-Biobio}}= 0,38, p=0,011$ .

Tabla 6.13. Promedios Escala Estigma de profesionales y técnicos en salud hacia personas con diagnóstico de trastorno mental y distancia social por servicio de salud.

Servicio de Salud	Escala EAPS-TM					Escala Distancia Social			
	N	M	D.E.	E.E.	I.C. 95%	M	D.E.	E.E.	I.C. 95%
Concepción	72	4,24	0,79	0,09	[4,05; 4,42]	3,30	0,57	0,07	[3,17; 3,43]
Talcahuano	82	4,26	0,77	0,08	[4,09; 4,43]	3,34	0,64	0,07	[3,20; 3,48]
Arauco	59	4,44	0,66	0,09	[4,25; 4,60]	3,43	0,59	0,08	[3,28; 3,59]
Biobío	65	3,99	0,77	0,10	[3,80; 4,18]	3,05	0,69	0,09	[2,88; 3,22]
Maule	95	4,08	0,74	0,08	[3,93; 4,23]	3,19	0,66	0,07	[3,06; 3,32]
Ñuble	46	3,89	0,79	0,12	[3,65; 4,12]	3,17	0,56	0,08	[3,0; 3,34]

Fuente: Elaboración propia.

#### 6.4 Estigma y variables sociodemográficas de los individuos y administrativas de los dispositivos de salud mental

Esta sección busca responder al objetivo específico dos, correspondiente a analizar la relación entre variables sociodemográficas de los proveedores de salud mental y variables administrativas de los dispositivos de salud con el nivel de estigma, medido a través de Actitudes y Distancia social, hacia personas con TMG. Como **hipótesis general 1**, se afirma que las variables sociodemográficas de los proveedores de salud mental y variables administrativas de los dispositivos influyen en el nivel de estigma, evaluado a través de Actitudes y Distancia social, hacia personas con TMG.

#### 6.4.1 Edad, años de trabajo y estigma

En primer lugar se contrastarán resultados sobre la **subhipótesis 1.1** que señala que en profesionales de psicología y trabajo social, existe una relación inversa entre la edad, los años de trabajo en salud mental y el estigma.

Según los resultados observados, el 52,4% de la población de profesionales psicólogos y trabajadores sociales trabajan en nivel de atención primaria.

La edad de los profesionales de psicología y trabajo social correlaciona de manera positiva aunque leve con la dimensión de Creencias estigmatizantes ( $r_p=0,234$ ,  $p=0,001$ ) y con la dimensión de Infantilización y distancia relacional ( $r_p=0,167$ ,  $p=0,011$ ), es decir, a mayor edad se observaría menor nivel de estigma (mayor puntaje en las dos dimensiones de la escala EAPS-TM).

En cuanto a la distancia social, se observa una correlación positiva y significativa aunque leve ( $r_p=0,156$ ,  $p=0,017$ ) con la variable de edad, por tanto a mayor edad menos distancia social (mayor puntaje en la escala DS).

Respecto de los años de trabajo en salud mental solo se observan correlaciones positivas y significativas aunque leves con la escala EAPS-TM, es decir a mayor cantidad de años de trabajo menos estigma (mayor puntaje en las dos dimensiones de la escala EAPS-TM) (Ver Tabla 6.14).

Tabla 6.14. Correlaciones entre las dimensiones de las escalas de Estigma actitudinal y Distancia social con variables de edad y años de trabajo en psicólogos y trabajadores sociales.

	Escala EAPS-TM				Escala DS	
	Creencias estigmatizantes		Infantilización y Distancia Relacional		<i>r</i>	<i>p</i>
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>		
Edad	<b>0,234</b>	<b>0,001</b>	<b>0,167</b>	<b>0,011</b>	<b>0,156</b>	<b>0,017</b>
Años de trabajo en salud mental	<b>0,281</b>	<b>0,011</b>	<b>0,168</b>	<b>0,011</b>	0,116	0,079

Nota: en negrita correlaciones estadísticamente significativas.

Fuente: Elaboración Propia

Adicionalmente se realizaron correlaciones entre cada profesión y las medidas de estigma (Ver anexo 9.7.1 Tabla OE 2.1).

**En conclusión**, de acuerdo a los resultados obtenidos se comprueba la hipótesis que a mayor edad y a más años de trabajo en salud mental de profesionales psicólogos y trabajadores sociales, se observa menos Actitudes estigmatizantes y Distancia social.

#### **6.4.2 Comparación entre profesionales de las áreas psicosocial y biomédica con respecto a su estigma**

La **subhipótesis 1.2** señala que proveedores de salud mental del área biomédica presentarán más estigma hacia personas con TMG que proveedores de salud mental del área psicosocial.

El análisis se realizó utilizando ANOVA mixto, considerando como factor fijo las categorías del área salud (biomédico o psicosocial) y como efecto aleatorio o error al dispositivo donde trabaja cada participante. Como existen ocho dispositivos que cuentan con profesionales de una sola área de salud (siete solo del área psicosocial y uno solo del área biomédica), en los análisis se puede distinguir un efecto entre dispositivos. Esto

corresponde a la diferencia entre aquéllos que tienen solo un tipo de categoría de profesional, versus un efecto intra dispositivo, que considera las diferencias dentro de los dispositivos que cuentan con ambas áreas.

Al comparar las medias obtenidas, se puede apreciar que en aquellos dispositivos mixtos donde se logró obtener reportes de profesionales de ambas áreas (psicosocial y biomédica) las medias fueron mayores, lo que es indicativo de menos estigma. El detalle por dimensiones de la escala EAPS-TM y al DS se presentan en Tabla 6.15.

Tabla 6.15. Descriptivos de la Escala de Estigma actitudinal y la escala de Distancia social por dispositivo y categorías de profesional salud física, psicosocial y mixto.

	n <sup>p</sup>	n <sup>d</sup>	Creencias estigmatizantes				Infantilización y distancia relacional				Distancia Social			
			A.Ps.		A.B.		A.Ps.		A.B.		A.Ps.		A.B.	
			M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
Solo A.Ps.	44	7	3,6	0,80			4,83	0,76			3,10	0,62		
Solo A.B.	4	1			3,02	0,81			4,50	1,22			3,35	0,68
Mixtos	371	39	4,1	0,78	3,21	0,83	5,11	0,59	4,59	0,75	3,34	0,61	3,10	0,66

Nota: n<sup>p</sup>: numero de personas; n<sup>d</sup>= número de dispositivos; A.Ps.=Área Psicosocial; A.B.=Área Biomédica Fuente: Elaboración propia.

A continuación se presentan los resultados entre dispositivos e intra-dispositivos.

Respecto de las diferencias entre dispositivos, como se puede apreciar en tabla 6.16, los resultados indican diferencias significativas en Creencias estigmatizantes e Infantilización y distancia relacional. Se reporta un menor nivel de estigma en los dispositivos que participaron solo proveedores de salud mental del área psicosocial. No se profundizará en este resultado dada la pequeña cantidad de dispositivos que se pudieron comparar (Solo A.PS., n= 7; Solo A.B., n=1).

En el caso de los resultados intra-dispositivos, el análisis se realiza sólo considerando los dispositivos con población mixta de profesionales y se cumple lo esperado; Se observan diferencias significativas en el nivel de estigma entre proveedores de salud mental del área psicosocial y del área biomédica para la dimensión de Creencias estigmatizantes ( $F(1,368)=66,4$ ,  $p<0,001$ ), Infantilización y distancia relacional ( $F(1,369)=29,25$ ,  $p<0,001$ ) y Distancia social ( $F(1,370)=5,86$ ,  $p=0,016$ ). Los profesionales del área biomédica son los que presentan mayor estigma.

Tabla 6.16. ANOVA mixto del efecto del tipo de profesional sobre el estigma.

		g.l	Suma Cuadrados	Promedio cuadrado	<i>F</i>	<i>p</i>
EAPS-TM Creencias estigmatizantes						
Entre	Biomédica/Psicosocial	1	2163	2163,2	9,76	0,003**
	Residuales	45	9976	221,7		
Dentro	Biomédica/Psicosocial	1	5182	5182	66,4	<0,001***
	Residuales	368	28722	78		
EAPS-TM Infantilización y distancia Relacional						
Entre	Biomédica /Psicosocial	1	313,4	313,42	11,3	0,002**
	Residuales	45	1247,9	27,73		
Dentro	Biomédica /Psicosocial	1	423	422,6	29,25	<0,001***
	Residuales	369	5332	14,4		
Distancia Social						
Entre	Biomédica /Psicosocial	1	34,5	34,5	1,73	0,195
	Residuales	45	895,5	19,9		
Dentro	Biomédica /Psicosocial	1	51	51	5,86	0,016**
	Residuales	370	3218	8,7		

Valores *p*: <0,001\*\*\*; 0,01\*\*; 0,05\*

Fuente: Elaboración Propia.

**En conclusión** se aprueba la hipótesis referida a mayor presencia de estigma entre profesionales del área de salud biomédica respecto a profesionales del área psicosocial hacia personas con TMG.

### **6.4.3 Nivel de atención de los dispositivos y estigma**

La **subhipótesis 1.3** señala que los dispositivos de salud mental de atención secundaria presentarían un mayor nivel de estigma entre sus funcionarios, que los de atención primaria.

Cuando se prueban los supuestos del modelo se observa que se cumplen los criterios de linealidad, normalidad y homocedasticidad para los análisis con las variables de Creencias estigmatizantes y Distancia Social. Esto permite aplicar el procedimiento estadístico planteado para esta hipótesis. En el caso de la variable de Infantilización y distancia relacional se observa un efecto techo lo que disminuye las varianzas de los valores, lo que sin embargo no inhabilita la realización de los análisis estadísticos posteriores.

Para probar esta hipótesis, se realizó un ANOVA mixto, en el cual se consideró como factor *entre* el nivel de atención, y el factor *intra* se utilizó solo para controlar el error.

Contrariamente a lo esperado, las Creencias estigmatizantes ( $F(1,45)=18$ ,  $p=0,0001$ ), la Infantilización y distancia relacional ( $F(1,45)=10,37$ ,  $p=0,002$ ) son

menores en personal de nivel secundario; del mismo modo, se observa menor deseo de Distancia social ( $F(1,45)=16,31, p=0,0002$ ). En tabla 6.17 se presenta la comparación de medias entre proveedores de salud mental de atención primaria y secundaria.

Tabla 6.17. Comparación de medias para el estigma entre proveedores de salud mental de la atención primaria y atención secundaria.

Variables	Atención Primaria n=170		Atención Secundaria n=249		d
	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	
Creencias estigmatizantes	3,48	0,81	3,96**	0,87	0,57
Infantilización y distancia relacional	4,77	0,72	5,05**	0,66	0,42
Distancia Social	3,06	0,61	3,38**	0,62	0,51

\*\* : Nivel de significancia  $<0,01$

Fuente: Elaboración propia.

**En conclusión** se rechaza la hipótesis pues el personal de atención secundaria presenta un menor nivel de estigma.

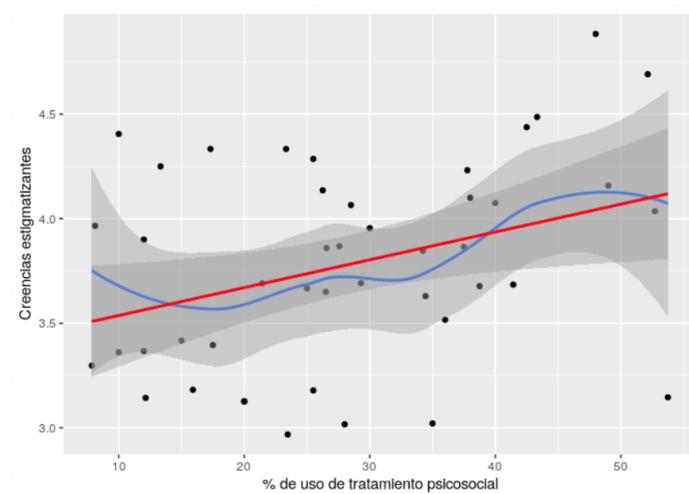
#### 6.4.4 Tipos de Intervención y estigma

La **subhipótesis 1.4** señala que los dispositivos de salud mental que utilizan con mayor frecuencia intervenciones psicosociales (Intervenciones grupales, Intervenciones comunitarias y otras) presentan menos estigma entre sus funcionarios que aquellos centros donde se realizan más intervenciones tradicionales (farmacología, terapia individual).

Al realizar una inspección visual de las asociaciones entre variables se observa que hay una relación líneal entre los tipos de tratamiento y la Distancia social. Para las

Creencias estigmatizantes hay una relación no lineal relevante. En tanto para la Infantilización y distancia relacional se observa una relación lineal no totalmente clara producto de la presencia de dos outliers que al ser eliminados convierten la relación en lineal (Ver gráfico 6.2). Los cálculos realizados indican que solo es significativa la relación entre las intervenciones psicosociales y las Creencias estigmatizantes ( $r_p=0,35$ ,  $p=0,02$ ), es decir realizar este tipo de intervenciones se asocia a un menor nivel de estigma (mayor puntaje en la dimensión de la escala EAPS-TM).

Gráfico 6.2. Asociación de variables Tratamiento psicosocial y Creencias estigmatizantes.



$$r=0,35 \quad p=0,02$$

Fuente: Elaboración propia.

**En conclusión** se acepta parcialmente la hipótesis ya que las intervenciones psicosociales solo se relacionaron con uno de los aspectos del estigma evaluados.

## **6.5 Estigma y variables actitudinales, cognitivas y de bienestar de los proveedores de salud mental en el contexto laboral**

Esta sección busca responder al objetivo específico tres, correspondiente a analizar la relación entre variables actitudinales, cognitivas y de bienestar de los proveedores de salud mental en su contexto laboral con el nivel de estigma, medido a través de Actitudes y Distancia social hacia personas con TMG.

Para este objetivo se planteó la siguiente hipótesis general:

**Hipótesis 2.** Variables actitudinales, cognitivas y de bienestar de los proveedores de salud mental en su contexto laboral influyen en el nivel de estigma, evaluado a través de actitudes y distancia social, hacia personas con TMG.

### **6.5.1 Compromiso laboral y estigma**

Para la **subhipótesis 2.1** la cual predijo que los proveedores de salud mental con menor Compromiso organizacional presentarán más estigma hacia personas con TMG, se procedió a realizar análisis mediante correlaciones bivariadas entre la dimensiones de la escala de Actitudes estigmatizantes y la escala de Distancia social y las dimensiones del Compromiso organizacional.

Los resultados señalan que existe una correlación significativa y positiva, aunque baja entre Distancia social y las dimensiones del Compromiso organizacional Afectivo ( $r_p=0,115, p<0,05$ ) y Normativo ( $r_p=0,113, p<0,05$ ). Como las puntuaciones en la escala

de Distancia social son inversas, es decir a mayor puntaje menos estigma, este resultado indica que los proveedores de salud mental que reportan un mayor Compromiso Afectivo y Normativo con su dispositivo, tienden a un menor deseo de Distancia social con personas con diagnóstico de TMG.

Se observaron también correlaciones significativas inversas, aunque bajas, entre la dimensión de Compromiso organizacional de Continuidad con las dimensiones de Creencias estigmatizantes ( $r_p=-0,193, p<0,01$ ) y la de Infantilización y distancia relacional ( $r_p=-0,255, p<0,01$ ) y Distancia social ( $r_p=-0,153, p<0,01$ ). Al respecto se puede señalar que cuando se percibe más Compromiso organizacional de Continuidad en los proveedores de salud, se observa un aumento en la percepción de estigma (actitudes estigmatizantes y distancia social). Los resultados son presentados en Tabla 6.18.

Tabla 6.18. Correlaciones variables de estigma y Compromiso organizacional

	Comp. Org. Afectivo	Comp. Org. de Continuidad	Comp. Org. Normativo
Escala EAPS-TM			
Creencias estigmatizantes	-0,029	<b>-0,193**</b>	-0,061
Infantilización y distancia relacional	0,026	<b>-0,255**</b>	-0,038
Escala Distancia Social	<b>0,115*</b>	<b>-0,153**</b>	<b>0,113*</b>

Nota. \*  $p<0.05$  \*\*  $p<0.01$

Fuente: Elaboración propia.

**En conclusión** la hipótesis se acepta parcialmente dado que se observó que la presencia de un mayor Compromiso Afectivo y Normativo disminuyen el deseo de Distancia social. En este caso las correlaciones positivas van en la dirección esperada, es decir, a mayor compromiso, hay menos estigma.

### 6.5.2 Compromiso de rol, Ambigüedad de rol y estigma

La **subhipótesis 2.2** indica que los proveedores de salud mental que presentan mayor Conflicto de rol y Ambigüedad de rol presentarán mayor estigma hacia usuarios con TMG.

Para comprobar esta hipótesis se procedió a realizar una prueba de razón de verosimilitud para determinar si la Ambigüedad y Conflicto de rol tienen diferencias en el estigma. Esta prueba no resultó significativa para las Creencias estigmatizantes,  $X^2(4)=5,405, p=0,25$ , la Infantilización y distancia relacional,  $X^2(4)= 0,60, p=0,96$  y para la Distancia social,  $X^2(4)=3,50, p=0,49$ .

**En conclusión** conforme a los resultados obtenidos, se procede a rechazar la hipótesis, ya que no se observa relación entre Ambigüedad y Conflicto de rol con el estigma hacia las personas con TMG.

## 6.6 Estigma, Clima y Cultura organizacional

Esta sección busca responder al objetivo específico tres, correspondiente a analizar la relación entre variables organizacionales de los dispositivos de salud y el nivel de estigma, medido a través de Actitudes y Distancia social hacia personas con TMG.

Para este objetivo se planteó la hipótesis general que predice que el Clima y Cultura organizacional influyen en el nivel de estigma, evaluado a través de Actitudes y Distancia social, hacia personas con TMG. Clima organizacional y estigma.

### 6.6.1 Clima Organizacional y Estigma

La **subhipótesis 3.1** indica que los dispositivos de salud que presentan un Clima organizacional más estresante presentan un mayor nivel de estigma hacia personas con TMG. Para responder a esta hipótesis se utilizó una regresión multinivel donde se separó el efecto de las variables de Clima organizacional a nivel del dispositivo de salud, del efecto a nivel individual (diferencias entre cada persona y la media del centro), considerando como efecto aleatorio el dispositivo.

En primer lugar, se realiza una prueba de razón de verosimilitud para determinar si las variables de Clima organizacional, en su conjunto, logran predecir el estigma. Esta prueba no resultó significativa para Creencias estigmatizantes,  $X^2(16)=25,33$ ,  $p=0,06$ , para Infantilización y distancia relacional,  $X^2(16)=11,57$ ,  $p=0,77$  y para Distancia social,  $X^2(16)=22,97$ ,  $p=0,115$  (Ver Anexo 9.7.2 Tabla H3.1.1).

Si bien el modelo completo no es significativo (lo cual nos llevaría a rechazar la hipótesis), se observa en modelos parciales la importancia de los Climas de Presión, Reconocimiento y Cohesión (Ver Anexo 9.7.2 H3.1.2). Las pruebas de razón de verosimilitud resultan significativas para Creencias estigmatizantes,  $X^2(6)=20,8$ ,  $p=0,002$  y para Distancia social,  $X^2(6)=15,78$ ,  $p=0,015$ , pero no para Infantilización y distancia relacional ( $X^2(6)=6,54$ ,  $p=0,37$ ).

El análisis se realiza considerando los valores de las dimensiones de Clima a nivel individual (nivel 1) y a nivel de dispositivos (nivel 2). Se observan coeficientes significativos para la relación entre Clima de Cohesión a nivel individual y Distancia

social ( $\beta=0,16$ ;  $p=0,02$ ), Clima de Reconocimiento a nivel individual y Creencias estigmatizantes ( $\beta=-0,20$ ;  $p=0,02$ ). A nivel de dispositivo fueron significativos los coeficientes de Clima de Presión con Creencias estigmatizantes ( $\beta=-0,53$ ;  $p=0,01$ ) y Distancia social ( $\beta=-0,43$ ;  $p=0,01$ ) (Ver Tabla 6.19).

Tabla 6.19. Coeficientes de regresión modelos para variables de Clima organizacional y estigma.

Coeficientes efecto fijo	Creencias estigmatizantes		Infantilización y distancia relacional		Distancia social	
	$\beta$	Pr(> t )	$\beta$	Pr(> t )	$\beta$	Pr(> t )
(Intercept)	-0,01	0,92	-0,01	0,93	-0,02	0,83
Nivel 1						
Autonomía	0,00	0,97	0,03	0,65	-0,04	0,49
Cohesión	-0,01	0,84	-0,03	0,68	0,16	<b>0,02*</b>
Confianza	-0,03	0,77	0,14	0,20	-0,02	0,89
Presión	-0,03	0,54	0,00	0,97	-0,02	0,70
Apoyo	0,00	0,98	0,04	0,72	-0,08	0,51
Reconocimiento	-0,20	<b>0,02*</b>	-0,13	0,16	-0,13	0,14
Equidad	-0,04	0,61	-0,06	0,52	0,02	0,78
Innovación	0,12	0,26	-0,01	0,93	0,13	0,23
Nivel 2						
Autonomía	-0,04	0,87	0,10	0,64	0,22	0,31
Cohesión	-0,02	0,91	-0,02	0,91	-0,21	0,28
Confianza	-0,48	0,22	-0,27	0,47	-0,14	0,69
Presión	-0,53	<b>0,01**</b>	-0,29	0,11	-0,43	<b>0,01**</b>
Apoyo	0,37	0,51	0,26	0,64	0,22	0,66
Reconocimiento	0,05	0,91	-0,13	0,74	0,59	0,11
Equidad	0,01	0,99	0,15	0,70	-0,19	0,61
Innovación	-0,19	0,66	-0,27	0,54	-0,54	0,20
Coeficientes efecto aleatorio						
Grupos	<i>D.E.</i>	Varianza	<i>D.E.</i>	Varianza	<i>D.E.</i>	Varianza
Dispositivo (intercept)	0,38	0,14	0,35	0,12	0,32	0,10
Residual	0,91	0,83	0,95	0,90	0,93	0,87

En negrita: valores significativos

\*: significancia al 0,05; \*\*:significancia la 0,01

Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente, se realiza una revisión exploratoria post hoc, considerando sólo estas tres dimensiones (Presión, Reconocimiento y Cohesión ) para predecir el estigma.

Destaca que a nivel de dispositivo, la dimensión de Presión del Clima organizacional predice el estigma en todas sus formas, específicamente presenta coeficientes significativos con las Creencias estigmatizantes ( $\beta=-0,55$ ,  $p=0,001$ ), la Infantilización y distancia relacional ( $\beta=-0,32$ ,  $p=0,04$ ) y la Distancia social ( $\beta=-0,41$ ,  $p=0,009$ ). Esto resultados indican que donde hay un Clima organizacional de Presión, se incrementaría la presencia de Creencias estigmatizantes, de Infantilización y distancia relacional y aumenta el deseo de Distancia social hacia personas con TMG (Ver Tabla 6.20).

A nivel individual, cuando los proveedores de salud perciben un Clima de Cohesión tienden a presentar un menor deseo de Distancia social hacia personas con TMG ( $\beta=0,15$ ,  $p=0,01$ ). Por otra parte, cuando el personal de salud percibe un mayor clima de Reconocimiento tiene más Creencias estigmatizantes hacia los usuarios con TMG ( $\beta=-0,15$ ,  $p=0,008$ ) (más puntaje en las dimensiones de estigma implica menos estigma) (Ver Tabla 6.20).

Tabla 6.20. Coeficientes significativos prueba post-hoc para dimensiones del Clima organizacional que predicen el estigma.

	Creencias estigmatizantes		Infantilización y distancia relacional		Distancia social	
	$\beta$	valor-p	$\beta$	valor-p	$\beta$	valor-p
Constante	-0,0098	0,89	-0,006	0,93	-0,018	0,79
Individuo						
Cohesión	-0,0150	0,80	0,027	0,66	<b>0,15</b>	<b>0,01</b>
Presión	-0,0275	0,59	0,0001	0,99	-0,014	0,78
Reconoc.	<b>-0,1525</b>	<b>0,008</b>	-0,062	0,30	-0,09	0,09
Dispositivo						
Cohesión	-0,0607	0,71	0,029	0,85	-0,17	0,26
Presión	<b>-0,5492</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,32</b>	<b>0,04</b>	<b>-0,41</b>	<b>0,009</b>
Reconoc.	-0,1511	0,45	-0,25	0,19	0,12	0,55
PRV	X <sup>2</sup> (6)=20,8	0,002	X <sup>2</sup> (6)=6,54	0,37	X <sup>2</sup> (6)=15,78	0,015
R <sup>2</sup> <sub>NS</sub>	0,07		0,03		0,05	

Nota: PRV= Prueba de razón de verosimilitud. R<sup>2</sup>: R<sup>2</sup><sub>NS</sub> marginal de Nakagawa-Schiezeth.

Fuente: Elaboración propia.

**En conclusión** no existe suficiente información para aprobar o rechazar la hipótesis ya que los modelos resultaron no significativos. Sin embargo, al realizar un análisis post-hoc se pudo comprobar que a mayor Clima de Presión en los dispositivos, existe mayor estigma, lo que implica que un clima de mayor estrés se asocia con más estigma.

A nivel individual, entre mayor percepción de reconocimiento se observa más estigma. Por otra parte cuando los sujetos perciben clima de cohesión, disminuye la distancia social, es decir climas organizacionales más positivos se relaciona con menor estigma.

### 6.6.2 Cultura organizacional y estigma

La **subhipótesis 3.2** indica que existe una asociación inversa entre la Cultura organizacional centrada en la flexibilidad y la discreción y el nivel de estigma hacia usuarios con TMG.

Para contrastar esta hipótesis, se realizó un análisis de correlación, verificando previamente la linealidad de la relación. Se procedió a eliminar un dispositivo que funcionaba como outlier por tener valores extremos en la variable de Infantilización y distancia relacional y contar con un cantidad reducida de participantes, lo cual distorsionaba los resultados. Se observaron correlaciones positivas moderadas y significativas solo entre flexibilidad y Creencias estigmatizantes ( $r_p=0,29$   $p=0,05$ ) y Distancia social ( $r_p=0,47$ ,  $p=0,001$ ). Para Infantilización y distancia relacional la correlación no fue significativa aunque va en la dirección esperada ( $r_p=0,22$   $p=0,14$ ). Si se considera que un mayor puntaje en las escalas de estigma indica menos estigma, entonces a mayor flexibilidad existen menos Creencias estigmatizantes y Distancia social.

**En conclusión** la relación entre flexibilidad-discreción, Creencias estigmatizantes y Distancia social es significativa, aunque no así con Infantilización y distancia relacional. Por estos motivos se da por parcialmente corroborada la hipótesis.

## **6.7 Variables de Agotamiento emocional y Despersonalización como mediadoras entre Clima organizacional y Estigma asociativo con el estigma hacia personas con TMG**

La siguiente sección responde al objetivo específico cinco que es determinar la relación conjunta de las variables individuales y de los dispositivos de salud en el nivel de estigma hacia personas con TMG.

Se planteó **la hipótesis general 4** de mediaciones: el Agotamiento emocional y la Despersonalización tienen un efecto mediador entre el Clima organizacional y el Estigma asociativo con el estigma hacia personas con TMG. La primera mediación se planteó en la subhipótesis 4.1.

### **6.7.1 Efecto mediador del Agotamiento emocional y Despersonalización entre Clima organizacional y estigma**

La **subhipótesis 4.1** señala que el Agotamiento emocional y Despersonalización de proveedores de salud mental tiene un efecto mediador entre el Clima organizacional y el estigma hacia personas con TMG.

Para probar esta hipótesis se procedió a realizar un análisis de mediación utilizando SEM. Se presentan los resultados de las regresiones de Clima organizacional sobre Agotamiento emocional y Despersonalización, posteriormente las de Agotamiento emocional, Despersonalización y Clima organizacional sobre las variables de estigma

(Creencias estigmatizantes, Infantilización y distancia relacional, y Distancia social), para luego concluir con el análisis de productos  $ab$ , que permiten establecer la presencia o no de mediación.

En primer lugar, en la relación entre las dimensiones del Clima organizacional y las dimensiones de Agotamiento emocional y Despersonalización, es posible observar que sólo la dimensión de Presión tiene un efecto; específicamente se observan coeficientes significativos de esta variable en la predicción de Agotamiento emocional  $a_{(4ae)}=0,8494$ , 95% CI=[0,7302;0,9737] y Despersonalización  $a_{4(d)}=0,4398$ , 95% CI=[0,3069; 0,5842] (Ver Tabla 6.21).

Tabla 6.21. Regresión de las dimensiones del Clima organizacional sobre el Agotamiento emocional y la Despersonalización.

	$\beta$	p	I.C. 95%
Dimensiones Clima organizacional para Agotamiento emocional			
Autonomía ( $a_{1(ae)}$ )	-0,0085	0,9064	[-0,1459; 0,1347]
Cohesión ( $a_{2(ae)}$ )	-0,0932	0,2421	[-0,2534; 0,0658]
Confianza ( $a_{3(ae)}$ )	0,0258	0,8580	[-0,2646; 0,2934]
<b>Presión (<math>a_{4(ae)}</math>)</b>	<b>0,8494</b>	<b>0,0001*</b>	<b>[0,7302; 0,9737]</b>
Apoyo ( $a_{5(ae)}$ )	-0,2008	0,1915	[-0,5152; 0,0936]
Reconocimiento ( $a_{6(ae)}$ )	0,0905	0,4119	[-0,1521; 0,2798]
Equidad ( $a_{7(ae)}$ )	0,0046	0,9700	[-0,2011; 0,2697]
Innovación ( $a_{8(ae)}$ )	-0,0907	0,4526	[-0,3260; 0,1497]
Dimensiones Clima organizacional para Despersonalización			
Autonomía ( $a_{1(d)}$ )	-0,0060	0,9253	[-0,1359; 0,1191]
Cohesión( $a_{2(d)}$ )	-0,0300	0,7060	[-0,1848; 0,1249]
Confianza( $a_{3(d)}$ )	-0,1679	0,2207	[-0,4448; 0,0916]
<b>Presión(<math>a_{4(d)}</math>)</b>	<b>0,4398</b>	<b>0,0001*</b>	<b>[0,3069; 0,5842]</b>
Apoyo( $a_{5(d)}$ )	-0,0248	0,8854	[-0,4000; 0,2802]
Reconocimiento( $a_{6(d)}$ )	0,0948	0,3290	[-0,1033; 0,2738]
Equidad( $a_{7(d)}$ )	0,0382	0,7344	[-0,1702; 0,2725]
Innovación( $a_{8(d)}$ )	0,0358	0,7454	[-0,1821; 0,2387]

En negrita: valores de coeficientes significativos.

Fuente: Elaboración propia

Para las Creencias estigmatizantes se encontró que en la regresión fueron significativas las variables de Despersonalización  $b_{2(ce)}=-0,178$ , 95% CI=[-0,30;-0,07], de Clima organizacional de Reconocimiento,  $c_{6(ce)}= -0,205$ , 95% CI=[-0,40; -0,01] y Clima organizacional de Innovación,  $c_{8(ce)}= -0,178$ , 95% CI=[-0,30; -0,07]. En tanto para la Infantilización y distancia relacional, solo fue significativa la Despersonalización,  $b_{2(idr)}=-0,178$ , 95% CI=[-0,30;-0,07]. Finalmente, el modelo de regresión para explicar la distancia social no obtuvo coeficientes significativos. Los resultados son presentados en la Tabla 6.22.

Tabla 6.22. Regresión de las dimensiones del Clima organizacional y dimensiones de Agotamiento emocional y Despersonalización sobre el estigma.

Escala/Dimensión	Creencias estigmatizantes (ce)			Infantilización y Distancia Relacional (idr)			Distancia Social (ds)		
	$\beta$	p	I.C. 95%	$\beta$	p	I.C. 95%	$\beta$	p	I.C. 95%
Dimensiones del Burnout									
Agotamiento emocional( $b_1$ )	0,06	0,33	[-0,07;0,17]	0,04	0,43	[-0,05;0,13]	-0,08	0,05	[-0,16; 0]
Despersonalización( $b_2$ )	<b>-0,178</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>[-0,30;-0,07]</b>	<b>0,178</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>[-0,05;-0,08]</b>	-0,01	0,76	[-0,1; 0,07]
Clima organizacional									
Autonomía( $c_1$ )	-0,02	0,78	[-0,17;0,13]	0,04	0,52	[-0,08; 0,16]	0	0,97	[-0,11; 0,11]
Cohesión( $c_2$ )	0,03	0,68	[-0,10;0,19]	0	0,95	[-0,12; 0,12]	0,09	0,08	[-0,02; 0,17]
Confianza( $c_3$ )	-0,19	0,14	[-0,43;0,08]	0,03	0,79	[-0,17; 0,24]	-0,05	0,55	[-0,24; 0,12]
Presión( $c_4$ )	-0,14	0,05	[-0,28;0,02]	-0,02	0,76	[-0,13; 0,1]	-0,02	0,73	[-0,13; 0,09]
Apoyo( $c_5$ )	0,08	0,56	[-0,20;0,36]	0,06	0,57	[-0,17; 0,27]	-0,05	0,63	[-0,23; 0,14]
Reconocimiento( $c_6$ )	<b>-0,21</b>	<b>0,04</b>	<b>[-0,40;-0,01]</b>	-0,12	0,14	[-0,28; 0,05]	-0,06	0,43	[-0,21; 0,08]
Equidad( $c_7$ )	0,06	0,33	[-0,07;0,17]	-0,02	0,79	[-0,19; 0,13]	0,09	0,92	[-0,13; 0,15]
Innovación( $c_8$ )	<b>-0,18</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>[-0,30;-0,07]</b>	-0,01	0,91	[-0,2; 0,15]	0,07	0,37	[-0,09; 0,23]

Nota: En negrita las regresiones con coeficientes significativos.

Fuente: Elaboración propia.

Las mediaciones calculadas entre el Agotamiento emocional y la

Despersonalización con el Clima organizacional y las Creencias estigmatizantes, señalan que solo la Despersonalización tiene un efecto mediador entre la dimensión Presión del Clima organizacional y la variable de Creencias estigmatizantes,  $a_{4(ce)}*b_{2(ce)}=-0,078$ , 95% CI=[-0,144;-0,028]. Lo mismo ocurre con la Infantilización y distancia relacional,  $a_{4(d)}*b_{2(idr)}=-0,078$ , 95% CI=[-0,028; -0,040]. Esto implica que un clima organizacional de presión tiene efecto en las Creencias estigmatizantes y la Infantilización y distancia relacional a través de la despersonalización de los sujetos. Los resultados son presentados en la Tabla 6.23.

Tabla 6.23. Mediaciones del Agotamiento emocional y la Despersonalización en la relación entre las dimensiones del Clima organizacional con el estigma.

	Creencias estigmatizantes		Infantilización y distancia relacional		Distancia social	
	ab	I.C. 95%	ab	I.C. 95%	ab	I.C. 95%
<b>Agotamiento emocional (b1)</b>						
Autonomía (a1 <sub>(ae)</sub> b1)	-0,001	[-0,017; 0,010]	0	[-0,013; 0,006]	0,001	[-0,011; 0,016]
Cohesión (a2 <sub>(ae)</sub> b1)	-0,006	[-0,032; 0,004]	-0,003	[-0,024; 0,004]	0,008	[-0,003; 0,029]
Confianza (a3 <sub>(ae)</sub> b1)	0,002	[-0,016; 0,043]	0,001	[-0,013; 0,028]	-0,002	[-0,030; 0,022]
Presión (a4 <sub>(ae)</sub> b1)	0,05	[-0,055; 0,156]	0,031	[-0,044; 0,107]	-0,068	[-0,137; 0,003]
Apoyo (a5 <sub>(ae)</sub> b1)	-0,012	[-0,070; 0,011]	-0,007	[-0,046; 0,008]	0,016	[-0,003; 0,065]
Reconocimiento (a6 <sub>(ae)</sub> b1)	0,005	[-0,007; 0,045]	0,003	[-0,005; 0,031]	-0,007	[-0,034; 0,008]
Equidad (a7 <sub>(ae)</sub> b1)	0,0003	[-0,020; 0,024]	0	[-0,014; 0,017]	0	[-0,025; 0,020]
Innovación (a8 <sub>(ae)</sub> b1)	-0,005	[-0,048; 0,006]	-0,003	[-0,036; 0,006]	0,007	[-0,010; 0,037]
<b>Despersonalización (b2)</b>						
Autonomía (a1 <sub>(d)</sub> b2)	0,001	[-0,024; 0,030]	0,001	[-0,022; 0,030]	0	[-0,005; 0,008]
Cohesión (a2 <sub>(d)</sub> b2)	0,005	[-0,021; 0,036]	0,005	[-0,021; 0,039]	0	[-0,004; 0,015]
Confianza (a3 <sub>(d)</sub> b2)	0,03	[-0,009; 0,093]	0,03	[-0,016; 0,101]	0,002	[-0,010; 0,034]
<b>Presión (a4<sub>(d)</sub>b2)</b>	<b>-0,078</b>	<b>[-0,144; -0,028]</b>	<b>-0,078</b>	<b>[-0,128; -0,040]</b>	-0,006	[-0,044; 0,031]
Apoyo (a5 <sub>(d)</sub> b2)	0,004	[-0,056; 0,075]	0,004	[-0,062; 0,068]	0	[-0,011; 0,021]
Reconocimiento (a6 <sub>(d)</sub> b2)	-0,017	[-0,064; 0,013]	-0,017	[-0,058; 0,017]	-0,001	[-0,022; 0,006]
Equidad (a7 <sub>(d)</sub> b2)	-0,007	[-0,056; 0,035]	-0,007	[-0,058; 0,031]	-0,001	[-0,020; 0,005]
Innovación (a8 <sub>(d)</sub> b2)	-0,006	[-0,056; 0,035]	-0,006	[-0,054; 0,033]	0	[-0,018; 0,006]

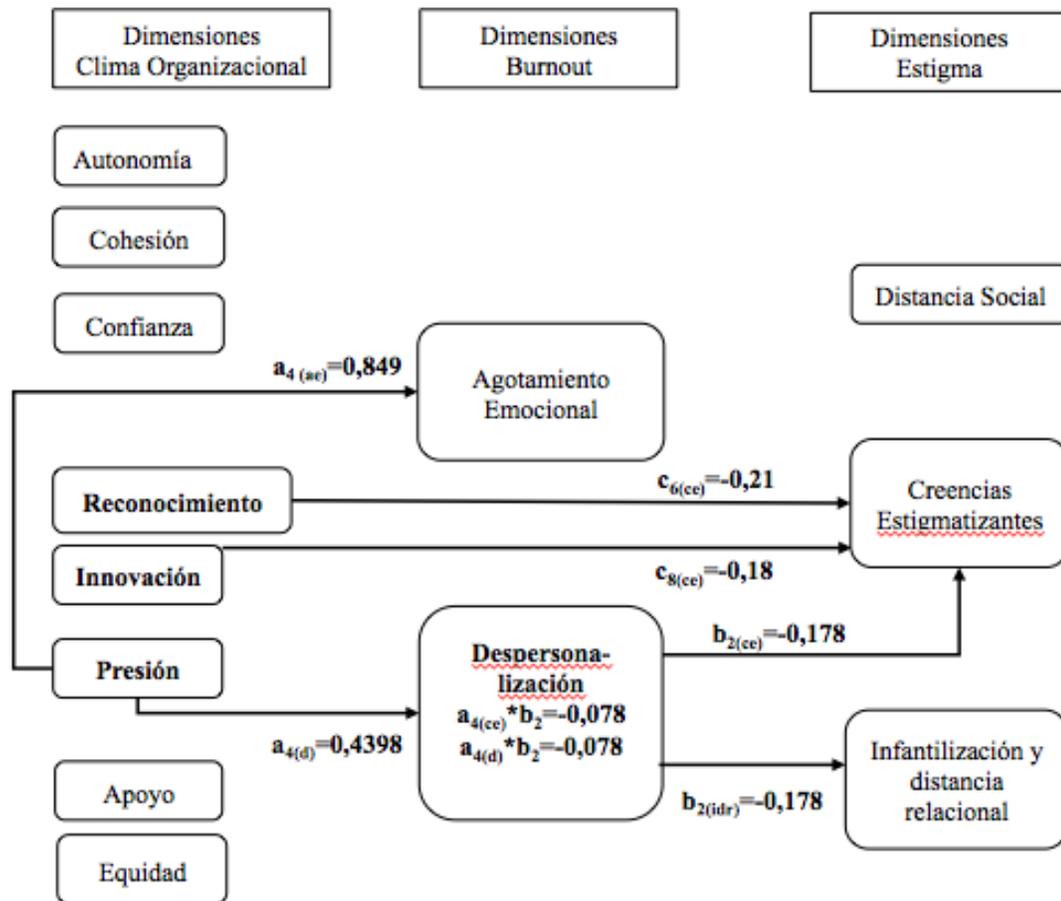
Nota: En negrita, mediación estadísticamente significativa, considerando intervalos de confianza al 95% que no incluyen el 0.

ab: producto del coeficiente de regresión del burnout predicho por Clima (a) y del estigma predicho por burnout(b).

Fuente: Elaboración propia.

En la figura 6.1 se presenta un esquema de todo el análisis realizado.

Figura 6.1. Representación de regresiones lineales con coeficientes significativos entre dimensiones del Clima organizacional, burnout (agotamiento y despersonalización) y estigma.



En negrita: variables y coeficientes significativos.

Fuente: Elaboración Propia.

**En conclusión** se comprueba de manera parcial la hipótesis al observarse que sólo la Despersonalización media entre el Clima organizacional (Presión) y el estigma evaluado mediante las Creencias estigmatizantes y la Infantilización y distancia relacional.

### **6.7.2 Efecto mediador del Agotamiento emocional y Despersonalización entre Estigma asociativo y estigma.**

La segunda mediación se planteó en la **subhipótesis 4.2** la cual afirma que el Agotamiento emocional y Despersonalización de proveedores de salud mental tienen un efecto mediador entre el Estigma asociativo y el estigma hacia personas con TMG.

Para la comprobación de la subhipótesis se procedió a realizar un análisis de mediación utilizando SEM. Se presentan los resultados de las regresiones de las dimensiones del estigma asociativo sobre Agotamiento Emocional y Despersonalización, posteriormente las de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Estigma asociativo sobre las variables de estigma (Creencias estigmatizantes, Infantilización y distancia relacional, y Distancia social), para luego concluir con el análisis de productos ab, que permiten establecer la presencia o no de mediación.

En primer lugar, en la relación entre las dimensiones del Estigma asociativo y Agotamiento Emocional y Despersonalización, es posible observar que la dimensión de Actitudes negativas hacia el trabajo del estigma asociativo tiene un efecto predictor sobre el Agotamiento Emocional,  $a_{1(ae)}=0,183$ , 95% CI=[0,067; 0,29] y la Despersonalización  $a_{1(d)}=0,126$ , 95% CI=[0,040; 0,21]. En tanto la dimensión Vergüenza a la revelación sólo tiene efecto en la predicción de la dimensión de Despersonalización  $a_{2(d)}=0,247$ ; 95%, CI=[0,092; 0,42] (Ver Tabla 6.24).

Tabla 6.24. Regresión de las dimensiones del estigma asociativo sobre el agotamiento emocional y la despersonalización.

	$\beta$	valor-p	I.C. 95%
Dimensiones Estigma asociativo para Agotamiento Emocional			
<b>Actitudes negativas hacia el trabajo (<math>a_{1(ae)}</math>)</b>	<b>0,183</b>	<b>0,001</b>	<b>[0,067; 0,29]</b>
Vergüenza a la revelación( $a_{2(ae)}$ )	0,163	0,125	[-0,024; 0,38]
Dimensiones Estigma asociativo para Despersonalización			
<b>Actitudes negativas hacia el trabajo (<math>a_{1(d)}</math>)</b>	<b>0,126</b>	<b>0,004</b>	<b>[0,040; 0,21]</b>
<b>Vergüenza a la revelación(<math>a_{2(d)}</math>)</b>	<b>0,247</b>	<b>0,006</b>	<b>[0,092; 0,42]</b>

Nota: En negrita resultados significativos

Fuente: Elaboración propia

En la regresión sobre Creencias estigmatizantes, las variables de Despersonalización ( $b_{2(ce)}=-0,16$ ; 95% CI=[-0,27;-0,03]), las Actitudes negativas hacia el trabajo ( $c_{1(ce)}=0,11$ , 95% CI=[0,03; 0,19]) y la Vergüenza a la revelación ( $c_{2(ce)}=-0,23$ , 95% CI=[-0,36; -0,12]) tuvieron efectos en su predicción.

En la regresión para explicar la Infantilización y distancia relacional, la Despersonalización ( $b_{2(idr)}=-0,15$ ; 95% CI=[-0,25; -0,07]), las Actitudes negativas hacia el trabajo ( $c_{1(idr)}=0,09$ , 95% CI=[0,02; 0,14]) y la Vergüenza a la revelación ( $c_{2(idr)}=-0,28$ , 95% CI=[-0,40; -0,14]) tuvieron efectos en su predicción.

En la regresión sobre Distancia social, el Agotamiento emocional ( $b_{1(ds)}=-0,10$ , 95% CI=[-0,16; -0,04]), las Actitudes negativas hacia el trabajo ( $c_{1(ds)}=0,10$ , 95% CI=[0,04; 0,17]) y la Vergüenza a la revelación ( $c_{2(ds)}=-0,13$ , 95% CI=[-0,24; -0,02]) tuvieron efectos en su predicción. Los resultados son presentados en la Tabla 6.25.

Tabla 6.25. Modelo de regresión de las dimensiones del Estigma asociativo y el Agotamiento Emocional y la Despersonalización sobre el Estigma.

Escala / Dimensiones	Creencias estigmatizantes (ce)			Infantilización y distancia relacional (idr)			Distancia social (ds)		
	$\beta$	p	I.C. 95%	$\beta$	p	I. C. 95%	$\beta$	p	I. C. 95%
A.E. (b <sub>1</sub> )	0,02	0,75	[-0,08; 0,11]	0,03	0,47	[-0,05; 0,09]	<b>-0,10</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>[-0,16; -0,04]</b>
Desp. (b <sub>2</sub> )	<b>-0,16</b>	<b>0,01</b>	<b>[-0,27; -0,03]</b>	<b>-0,15</b>	<b>0,0006</b>	<b>[-0,25; -0,07]</b>	-0,01	0,92	[-0,10; 0,08]
A.N.H.T. (c <sub>1</sub> )	<b>0,11</b>	<b>0,01</b>	<b>[0,03; 0,19]</b>	<b>0,09</b>	<b>0,007</b>	<b>[0,02; 0,14]</b>	<b>0,10</b>	<b>0,00</b>	<b>[0,04; 0,17]</b>
V.A.R.(c <sub>2</sub> )	<b>-0,23</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>[-0,36; -0,12]</b>	<b>-0,28</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>[-0,40; -0,14]</b>	<b>-0,13</b>	<b>0,03</b>	<b>[-0,24; -0,02]</b>

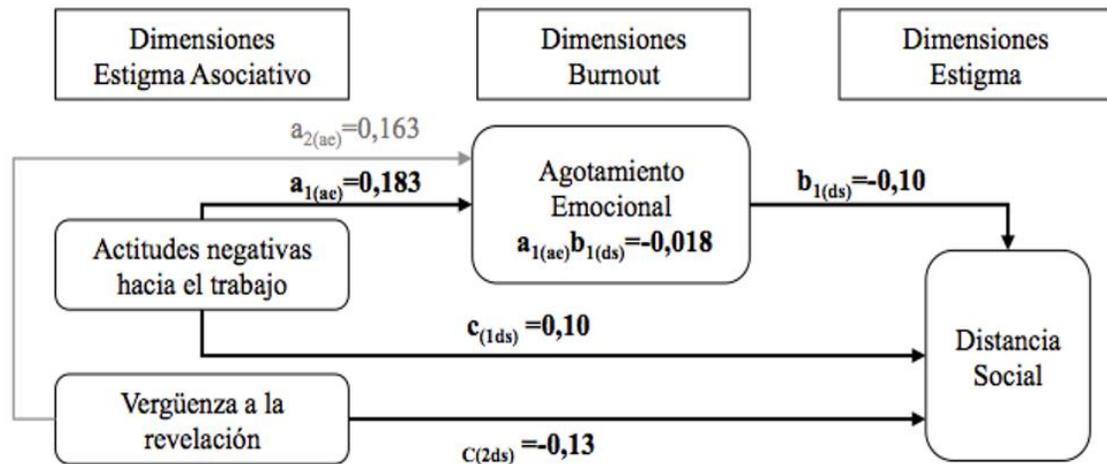
Nota: En negrita los coeficientes con resultados significativos.

A.E.=Agotamiento emocional; Desp.=Despersonalización; A.N.H.T=Actitudes negativas hacia el trabajo; V.A.R.=Vergüenza a la revelación

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, los resultados muestran que existe una mediación significativa del Agotamiento emocional entre la dimensión de Actitudes negativas hacia el trabajo y Distancia social  $a_{1(ae)}b_{1(ds)}=-0,018$ , 95% CI=[-0,038; -0,006]. Es decir, las Actitudes negativas hacia el trabajo tienen un efecto en la Distancia social a través del Agotamiento emocional (ver Figura 6.2).

Figura 6.2. Regresiones lineales con coeficientes significativos entre dimensiones del estigma asociativo, Agotamiento emocional y Distancia social.



También se observa una mediación significativa de la Despersonalización entre las dimensiones de Actitudes negativas hacia el trabajo y Creencias estigmatizantes,  $a_{1(d)}b_{2(ce)} = -0,019$ , 95% CI = [-0,052; -0,003] y entre las Actitudes negativas hacia el trabajo y la Infantilización y distancia relacional,  $a_{1(d)}b_{2(idr)} = -0,019$ , 95% CI = [-0,041; -0,005]. Del mismo modo, existen mediaciones significativas de la Despersonalización entre la Vergüenza a la revelación y las Creencias estigmatizantes,  $a_{2(d)}b_{2(ce)} = -0,038$ , 95% CI = [-0,091; -0,008] y entre la Vergüenza a la revelación y la Infantilización y distancia relacional,  $a_{2(d)}b_{2(idr)} = -0,038$ , 95% CI = [-0,081; -0,012] (Ver Tabla 6.26 y Figuras 6.3 y 6.4).

Tabla 6.26. Mediaciones del Agotamiento emocional y la Despersonalización en la relación entre las dimensiones del estigma asociativo con el estigma.

		Creencias estigmatizantes (ce)		Infantilización y Distancia Relacional (idr)		Distancia Social (ds)	
		ab	I.C. 95%	ab	I.C. 95%	ab	I.C. 95%
A.N.H.T. (a <sub>1(ae)</sub> b <sub>1</sub> )	<b>A.E.</b>	0,003	[-0,015; 0,023]	0,005	[-0,008; 0,020]	<b>-0,018</b>	<b>[-0,038; -0,006]</b>
V.A.R. (a <sub>2(ae)</sub> b <sub>1</sub> )	A.E.	0,003	[-0,013; 0,030]	0,004	[-0,005; 0,030]	-0,016	[-0,050; 0,000]
A.N.H.T. (a <sub>1(d)</sub> b <sub>2</sub> )	<b>Desp.</b>	<b>-0,019</b>	<b>[-0,052; -0,003]</b>	<b>-0,019</b>	<b>[-0,041; -0,005]</b>	-0,001	[-0,016; 0,009]
V.A.R. (a <sub>2(d)</sub> b <sub>2</sub> )	<b>Desp.</b>	<b>-0,038</b>	<b>[-0,091; -0,008]</b>	<b>-0,038</b>	<b>[-0,081; -0,012]</b>	-0,001	[-0,023; 0,023]

Nota: En negrita los coeficientes con resultados significativos.

A.N.H.T.=Actitudes negativas hacia el trabajo; V.A.R.=Vergüenza a la revelación

A.E.=Agotamiento Emocional; Desp.=Despersonalización

Fuente: Elaboración Propia.

Figura 6.3. Regresiones lineales con coeficientes significativos entre dimensiones del estigma asociativo, Despersonalización y Creencias estigmatizantes.

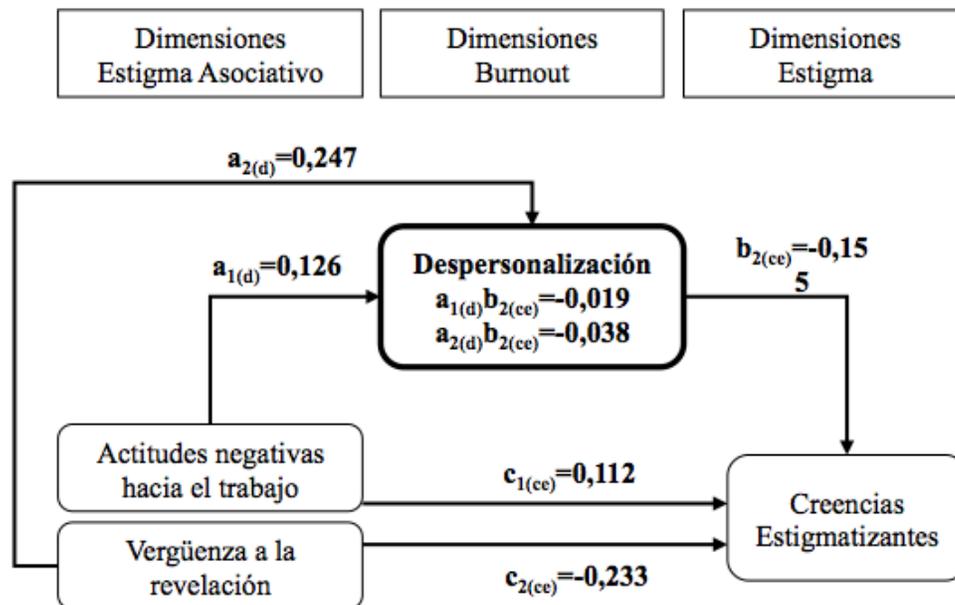
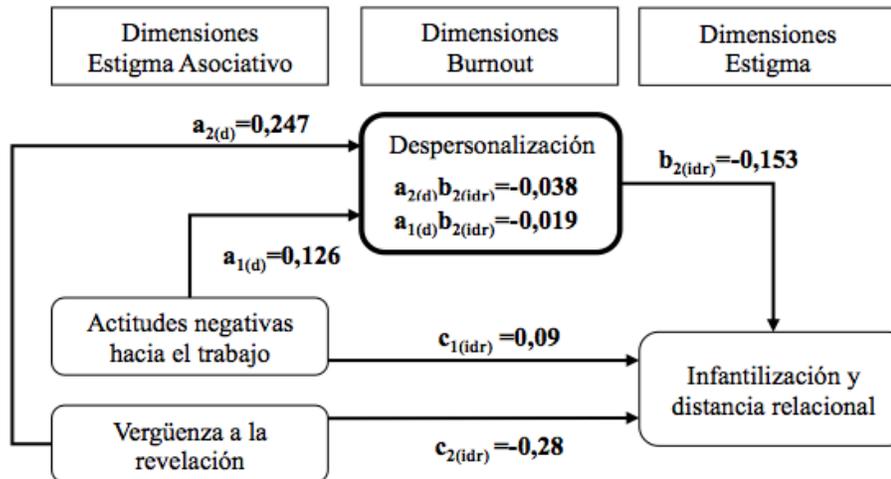


Figura 6.4. Regresiones lineales con coeficientes significativos entre dimensiones del estigma asociativo, Despersonalización e Infantilización y distancia relacional.



**En conclusión** se aprueba la hipótesis. Se puede observar un efecto de mediación significativo de la Despersonalización en la relación entre Actitudes negativas hacia el trabajo y las Creencias estigmatizantes e Infantilización y distancia relacional, y entre y Vergüenza a la revelación y las Creencias estigmatizantes e Infantilización y distancia relacional. Así también, existe un efecto de mediación del Agotamiento emocional en la relación entre Actitudes negativas hacia el trabajo y Distancia social.

## **6.8 Moderación del Clima en la relación entre Cultura organizacional y variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral y Estigma asociativo con el estigma**

**La hipótesis 5** señala que el Clima organizacional modera la relación entre Cultura organizacional y variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral, y Estigma asociativo, las que a su vez se asocian al estigma hacia usuarios con TMG.

Para contrastar esta hipótesis y analizar la moderación planteada se utilizó un modelo lineal de efectos mixtos. Se aplicó el modelo de razón de verosimilitud para analizar el efecto de moderación general y para analizar presencia de moderaciones específicas.

Para los análisis post hoc se usaron variables de nivel 1 (individuos) y de nivel 2 (dispositivos), ambas explicadas con anterioridad.

Cuando se prueban los supuestos de los modelos se observa que:

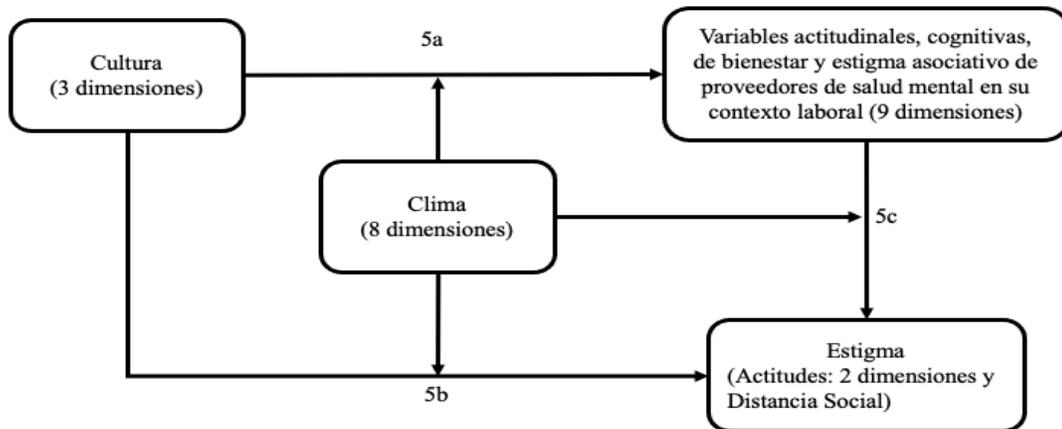
Para el primer modelo (5a), se cumplen los criterios de linealidad, normalidad y homocedasticidad a nivel de dispositivos (nivel 2) para todas las variables.

La regresión no es lineal a nivel de resultados individuales (nivel 1) en las variables de Despersonalización y Agotamiento emocional debido al efecto piso, lo que significa que muchos sujetos marcaron valores bajos.

Para ambigüedad de rol se produce un efecto de techo, donde se observan asimetrías negativas.

A continuación se presenta un esquema que permite guiar al lector para comprender los análisis de moderaciones aplicados (Ver Figura 6.5).

Figura 6.5. Relaciones de moderación analizadas en la hipótesis 5.



Nota:

5a corresponde a moderación de Clima entre Cultura y variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral y Estigma asociativo.

5b corresponde a moderación de Clima entre Cultura y estigma

5c corresponde a moderación de Clima entre Variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral, Estigma asociativo y estigma

Fuente: Elaboración Propia.

Primero, se analizó la moderación del Clima organizacional sobre la relación entre la Cultura organizacional y las variables actitudinales, cognitivas, de bienestar proveedores de salud mental en su contexto laboral y estigma asociativo. Los resultados iniciales indican que existe un efecto significativo de moderación para todas las variables. En la Tabla 6.27 se puede observar que las principales diferencias que se producen entre los modelos con moderación y sin moderación ocurren en la Despersonalización ( $\Delta_{\text{despersonalización}} = 0,20$ ) y las dimensiones del Estigma asociativo, Actitudes negativas hacia el trabajo ( $\Delta_{\text{actitudes negativas hacia el trabajo}} = 0,19$ ) y Vergüenza a la revelación ( $\Delta_{\text{vergüenza a la revelación}} = 0,24$ ).

Tabla 6.27. Moderación de Clima, en la relación entre Cultura y variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral y estigma asociativo.

		Chi-cuadrado			
		AIC	X <sup>2</sup> <sup>c</sup>	valor-p	R <sup>2</sup> <sup>b</sup>
Comp.Org. Afectivo	<b>sin moderación</b> <sup>a</sup>	1024	208,4	<0,001	0,39
	<b>con moderación</b> <sup>b</sup>	1094	122,2	0,03	0,47
Comp.Org. Normativo	<b>sin moderación</b>	1142	94,86	<0,001	0,2
	<b>con moderación</b>	1194	139,4	0,003	0,35
Comp.Org. Continuidad	<b>sin moderación</b>	1153	76,12	<0,001	0,17
	<b>con moderación</b>	1219	126,1	0,02	0,32
Conflicto Rol	<b>sin moderación</b>	1090	147,1	<0,001	0,29
	<b>con moderación</b>	1146	136,8	0,004	0,41
Ambigüedad Rol	<b>sin moderación</b>	1148	89,47	<0,001	0,19
	<b>con moderación</b>	1184	155,9	<0,001	0,36
Agotamiento Emocional	<b>sin moderación</b>	1031	202,7	<0,001	0,38
	<b>con moderación</b>	1091	131,8	0,009	0,47
Despersonalización	<b>sin moderación</b>	1159	74,21	<0,001	0,17
	<b>con moderación</b>	1181	170,2	0,005	0,37
Actitudes negativas hacia el trabajo	<b>sin moderación</b>	1150	59,76	<0,001	0,16
	<b>con moderación</b>	1192	149,4	<0,001	0,35
Vergüenza a la revelación	<b>sin moderación</b>	1197	30,7	0,102	0,07
	<b>con moderación</b>	1221	167,4	<0,001	0,31

Nota: <sup>a</sup> gl modelo sin moderación: 25. <sup>b</sup> gl con moderación: 121. <sup>c</sup> gl diferencia modelo nulo vs sin moderación: 22, gl diferencia modelo con y sin moderación: 96.

Fuente: Elaboración propia.

**En conclusión** la primera parte de la hipótesis es aprobada. Se observa que la diferencia entre los modelos con moderación y sin moderación para todas las variables presenta valores-p estadísticamente significativos. Esto significa que el Clima organizacional modera la relación entre la Cultura y las variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral y Estigma asociativo.

Tras comprobar la existencia de la moderación, se debe establecer específicamente entre qué variables se produce. Para ello, se realizaron pruebas post hoc para determinar las principales moderaciones ya que no existen a priori hipótesis sobre qué dimensiones se encuentran involucradas.

En un primer momento se evaluaron las moderaciones específicas al controlar por tasa de falso descubrimiento. No se logró detectar ninguna significativa. Por tanto, ocupamos la sugerencia de Harrell (2015) de trabajar por grupos de interacciones asociadas a la variable independiente y a la moderadora.

Tal como se observa en la Tabla 6.28, existe moderación de algunas dimensiones del Clima organizacional en la relación entre la Cultura organizacional y las variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral y Estigma asociativo.

Tabla 6.28. Valores-p de pruebas de moderación específica entre variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral y estigma asociativo por dimensión del Clima organizacional.

Variables	Dimensiones Clima organizacional							
	aut	coh	conf	pres	apoyo	reco	equi	inno
Compromiso organizacional								
Afectivo	0,13	0,13	0,22	0,88	0,13	0,13	0,38	0,13
Normativo	0,40	<b>0,01</b>	0,054	<b>0,03</b>	<b>0,04</b>	<b>0,03</b>	<b>0,01</b>	0,08
Continuidad	0,13	0,13	0,22	0,88	0,13	0,13	0,38	0,13
Conficto rol	0,34	0,47	0,47	0,47	0,47	0,52	0,58	0,47
Ambigüedad de rol	0,14	0,09	0,09	0,11	0,054	0,054	0,22	0,054
Agotamiento emocional	0,10	0,06	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>0,02</b>	0,30	<b>0,01</b>	0,15
Despersonalización	0,62	0,73	0,08	0,62	0,45	0,62	0,17	0,45
Estigma asociativo								
Actitudes negativas hacia el trabajo	0,99	0,22	0,92	0,50	0,92	0,99	0,92	0,92
Vergüenza a la revelación	0,43	0,20	<b>0,03</b>	0,33	<b>0,03</b>	<b>0,03</b>	0,25	<b>0,03</b>

Nota. Valor-p corresponde a prueba de razón de verosimilitud de los coeficientes de moderación de una dimensión del Clima a nivel de dispositivo e individual, con las variables de Cultura a nivel de dispositivo e individual. El valor-p se encuentra ajustado para cada variable de actitud laboral, por el método de razón de falso descubrimiento. Valores en negrita: significativos al 0,05.

Fuente: Elaboración propia.

En primer lugar, se observa que las dimensiones de Cohesión, Presión, Reconocimiento, Apoyo y Equidad del Clima organizacional moderan la relación entre Cultura y Compromiso organizacional Normativo (Ver Tabla 6.28). Se realizan análisis

de moderaciones específicas que consideran los niveles individuales (nivel 1) y de dispositivos (nivel 2) de las escalas.

Al revisar las moderaciones de estas variables para establecer específicamente con qué tipo de Cultura organizacional ocurre la moderación, se revisaron los grupos de interacciones, observándose sólo significancia en las moderaciones del Clima organizacional de Cohesión a nivel individual en la relación entre Cultura de Clan nivel 1 y Compromiso organizacional Normativo y en la moderación del Clima organizacional de Presión nivel 1 en la relación entre Cultura organizacional de Mercado nivel 1 y Compromiso organizacional normativo (Ver tabla 6.29).

Tabla 6.29. Efectos de Moderación del Clima organizacional entre Cultura organizacional y Compromiso organizacional Normativo.

	Cultura Clan				Cultura Jerarquía				Cultura Mercado			
	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 1		Nivel 2		Nivel 1		Nivel 2	
Compromiso organizacional Normativo	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor
Autonomía												
Nivel 1	-0,12	0,52	0,41	0,31	-0,04	0,75	0,32	0,24	-0,17	0,26	0,30	0,33
Nivel 2	-0,05	0,89	0,60	0,72	0,09	0,78	-0,09	0,94	0,18	0,61	2,06	0,16
Cohesión †												
Nivel 1	<b>-0,44</b>	<b>0,04</b>	0,60	0,28	-0,26	0,08	0,21	0,57	-0,07	0,69	0,37	0,36
Nivel 2	0,43	0,33	-1,05	0,64	0,17	0,54	-0,48	0,78	0,31	0,37	-1,14	0,36
Confianza												
Nivel 1	0,23	0,47	-0,05	0,94	0,05	0,82	0,10	0,84	-0,11	0,70	-0,21	0,72
Nivel 2	-0,22	0,77	-3,23	0,50	0,19	0,70	-1,89	0,57	0,21	0,75	-1,73	0,49
Presión †												
Nivel 1	-0,25	0,12	0,47	0,21	-0,05	0,62	0,17	0,47	<b>-0,33</b>	<b>0,02</b>	0,16	0,59
Nivel 2	0,33	0,35	0,68	0,74	0,31	0,23	0,19	0,89	-0,10	0,75	0,33	0,78
Apoyo †												
Nivel 1	-0,21	0,59	-1,50	0,11	0,08	0,74	-0,79	0,17	-0,39	0,18	-0,88	0,23
Nivel 2	0,50	0,65	-1,24	0,84	0,40	0,54	-2,57	0,52	0,56	0,49	-2,11	0,66
Reconocimiento †												
Nivel 1	0,23	0,43	-0,38	0,55	-0,03	0,89	-0,04	0,92	0,27	0,26	-0,23	0,63
Nivel 2	-0,10	0,89	-2,05	0,56	-0,32	0,50	-1,18	0,57	-0,11	0,86	-0,36	0,88
Equidad †												
Nivel 1	-0,09	0,70	0,10	0,87	0,10	0,54	-0,22	0,59	-0,15	0,46	0,20	0,64
Nivel 2	0,10	0,89	2,34	0,68	0,19	0,71	1,45	0,74	-0,34	0,58	1,70	0,61
Innovación												
Nivel 1	-0,01	0,98	0,98	0,22	-0,19	0,38	0,60	0,21	0,39	0,18	0,62	0,28
Nivel 2	0,09	0,92	4,48	0,33	-0,17	0,77	3,76	0,28	-0,45	0,59	3,13	0,38

Nota:

En negrita valores significativos.

† Bloque de coeficientes significativo en la prueba de razón de verosimilitud.

$\beta_i$  = Coeficiente de interacción.

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar el efecto de las variables de Cultura, Presión y Cohesión a nivel individual sobre la variable de Compromiso organizacional Normativo, se observa que las moderaciones específicas de clima son interacciones disordinales ya que la relación entre las variables de Cultura y Compromiso organizacional Normativo cambia de sentido dependiendo del clima (Ver Tabla 6.30)

Cuando existe una percepción baja de Clima organizacional de Cohesión a nivel individual, una mayor Cultura de Clan a nivel individual aumenta el Compromiso organizacional Normativo ( $\beta_{-1DE}=0,68$ ). En cambio cuando existe una percepción alta de Clima organizacional de Cohesión a nivel individual, una mayor percepción de Cultura de Clan a nivel individual se asocia a menores niveles de Compromiso organizacional Normativo ( $\beta_{+1DE}=-0,19$ ).

Por otra parte se puede señalar que cuando el Clima de Presión a nivel individual es bajo, la relación entre Cultura de Mercado a nivel individual y el Compromiso organizacional Normativo aumenta ( $\beta_{-1DE}=0,41$ ). Sin embargo, cuando existe una alta percepción de Clima de Presión la relación entre la percepción Cultura de Mercado a nivel individual disminuye el Compromiso organizacional Normativo ( $\beta_{+1DE}=-0,24$ ).

Tabla 6.30. Moderaciones específicas variables de Clima Cohesión y Presión (nivel 1) y Cultura organizacional (nivel 1/nivel 2) para variable Compromiso organizacional Normativo.

Variables Clima Organizacional	Variables Cultura Organizacional	Coeficiente con moderación		
		-1DE	centrado	+1DE
Cohesión N1	Clan N1	0,68	0,25	-0,19
Presión N1	Mercado N1	0,41	0,08	-0,24

Nota: N1: nivel uno de las variables.

-1DE: Valor del coeficiente cuando la variable mediadora está bajo 1 DE

centrado: valor cuando la variable mediadora está en su media

+1DE: Valor del coeficiente cuando la variable mediadora está sobre 1 DE

Más detalle ver anexo 9.7.3 Tabla H5.1.1.

Elaboración Propia.

En segundo lugar, se observa que las dimensiones de Clima organizacional de Confianza, Presión, Apoyo y Equidad moderan la relación entre Cultura organizacional y Agotamiento emocional (Ver Tabla 6.28). Se revisaron los grupos de interacciones, observándose sólo significancia en la moderación del Clima de Presión a nivel de dispositivo en la relación entre Cultura de Mercado a nivel individual y Agotamiento emocional (Ver Tabla 6.31).

Tabla 6.31. Efectos de Moderación del Clima organizacional entre Cultura organizacional y Agotamiento emocional.

Agotamiento Emocional	Cultura Clan				Cultura Jerarquía				Cultura Mercado			
	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 1		Nivel 2		Nivel 1		Nivel 2	
	$\beta_i$	<i>p</i> -valor	$\beta_i$	<i>p</i> -valor	$\beta_i$	<i>p</i> -valor	$\beta_i$	<i>p</i> -valor	$\beta_i$	<i>p</i> -valor	$\beta_i$	<i>p</i> -valor
Autonomía												
Nivel 1	0,12	0,48	-0,08	0,83	0,09	0,35	-0,11	0,63	0,09	0,53	-0,10	0,70
Nivel 2	-0,34	0,33	-0,77	0,61	-0,33	0,24	-1,14	0,31	-0,32	0,31	-0,08	0,95
Cohesión												
Nivel 1	0,10	0,59	0,01	0,99	0,09	0,49	0,03	0,94	0,13	0,42	0,17	0,63
Nivel 2	-0,18	0,64	0,66	0,74	0,11	0,66	0,20	0,89	-0,06	0,86	0,53	0,63
Confianza†												
Nivel 1	0,21	0,45	0,90	0,20	0,24	0,18	0,22	0,63	0,02	0,94	0,42	0,41
Nivel 2	-0,08	0,91	4,46	0,29	-0,18	0,68	1,72	0,56	-0,54	0,36	3,49	0,12
Presión†												
Nivel 1	-0,22	0,12	-0,27	0,41	-0,14	0,14	-0,26	0,20	-0,09	0,46	-0,03	0,92
Nivel 2	0,45	0,16	-0,42	0,81	0,42	0,07	-0,30	0,81	<b>0,58</b>	<b>0,04</b>	0,35	0,74
Apoyo†												
Nivel 1	-0,63	0,06	0,40	0,63	-0,34	0,09	0,43	0,39	-0,25	0,33	0,06	0,93
Nivel 2	-0,53	0,59	-4,13	0,45	-0,59	0,31	-1,87	0,59	0,32	0,66	-3,33	0,43
Reconocimiento												
Nivel 1	0,13	0,61	-0,52	0,36	-0,03	0,85	-0,35	0,33	0,14	0,51	-0,29	0,49
Nivel 2	0,48	0,45	-5,46	0,08	0,44	0,29	-3,37	0,07	0,70	0,20	-3,13	0,14
Equidad†												
Nivel 1	-0,02	0,92	-0,12	0,83	0,00	0,99	0,15	0,67	-0,14	0,43	-0,16	0,68
Nivel 2	-0,61	0,38	0,44	0,93	-0,51	0,26	0,89	0,82	-0,21	0,70	1,48	0,62
Innovación												
Nivel 1	0,24	0,42	-0,28	0,69	0,08	0,66	-0,36	0,40	0,17	0,50	0,00	1,00
Nivel 2	0,44	0,58	6,74	0,10	0,72	0,18	4,13	0,18	-0,30	0,69	3,33	0,30

Nota:

En negrita valores significativos.

† Bloque de coeficientes significativo en la prueba de razón de verosimilitud.

$\beta_i$  = Coeficiente de interacción.

Fuente: Elaboración propia.

Luego en las moderaciones específicas se observa que la moderación es disordinal, por lo que se puede asumir que la variable de Cultura de Mercado no tendría efecto por sí sola.

Por tanto, en dispositivos donde hay un bajo Clima organizacional de Presión, una mayor percepción de Cultura de Mercado a nivel individual disminuye el Agotamiento emocional ( $\beta_{-1DE}=-0.48$ ). Sin embargo, cuando el Clima de Presión es alto, una mayor percepción de Cultura de Mercado aumenta el Agotamiento emocional ( $\beta_{+1DE}=0,68$ ) (Ver Tabla 6.32).

Tabla 6.32. Moderaciones específicas variables de Clima Presión (nivel 2) y Cultura organizacional Mercado (nivel 1) para variable Agotamiento emocional.

Variables Clima Organizacional	Variables Cultura Organizacional	Coeficiente con moderación		
		-1DE	centrado	+1DE
Presión nivel 2	Mercado nivel 1	-0,48	0,09	0,68

Nota: N1: nivel uno de las variables; N2: nivel dos de las variables.

-1DE: Valor del coeficiente cuando la variable mediadora está bajo 1 DE.

centrado: valor cuando la variable mediadora está en su media.

+1DE: Valor del coeficiente cuando la variable mediadora está sobre 1 DE.

Más detalle ver anexo 9.7.3 Tabla H5.1.2.

Elaboración Propia.

En tercer lugar, la relación entre la dimensión de Vergüenza a la revelación del Estigma asociativo y la Cultura organizacional estaría moderada por las dimensiones de Confianza, Apoyo, Reconocimiento e Innovación del Clima organizacional (Ver Tabla 6.28).

Al analizar las moderaciones de estas variables para establecer específicamente con qué tipo de Cultura organizacional ocurre la moderación, se revisaron los grupos de

interacciones, observándose sólo significancia en las moderaciones de: a) Clima organizacional de Reconocimiento a nivel de dispositivo en la relación entre Cultura de Clan, de Jerarquía y de Mercado a nivel individual y Vergüenza a la revelación; b) Clima de Reconocimiento a nivel individual en la relación entre Cultura de Jerarquía a nivel individual y Vergüenza a la revelación y c) Clima de Apoyo a nivel individual en la relación entre Cultura de Jerarquía y de Mercado a nivel grupal con Vergüenza a la revelación. (Ver Tabla 6.33).

Tabla 6.33. Efectos de Moderación del Clima organizacional entre Cultura organizacional y Vergüenza a la revelación.

Vergüenza a la revelación	Cultura Clan				Cultura Jerarquía				Cultura Mercado			
	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 1		Nivel 2		Nivel 1		Nivel 2	
	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor
Autonomía												
Nivel 1	0,01	0,94	-0,32	0,44	-0,06	0,61	-0,33	0,24	0,00	0,99	-0,18	0,58
Nivel 2	0,01	0,98	-3,49	0,10	0,44	0,18	-3,35	0,04	-0,05	0,90	-2,31	0,21
Cohesión												
Nivel 1	0,37	0,09	0,46	0,42	0,24	0,12	0,47	0,22	0,20	0,30	0,52	0,21
Nivel 2	-0,48	0,29	2,34	0,38	-0,42	0,15	3,54	0,10	-0,54	0,12	0,80	0,58
Confianza†												
Nivel 1	0,08	0,79	1,49	0,07	-0,19	0,36	0,44	0,40	-0,20	0,49	1,14	0,06
Nivel 2	-0,14	0,86	-5,42	0,34	0,92	0,08	-5,16	0,20	-0,79	0,25	-2,09	0,47
Presión												
Nivel 1	0,03	0,84	-0,35	0,36	0,02	0,83	0,04	0,87	-0,09	0,51	-0,42	0,17
Nivel 2	0,13	0,73	1,71	0,47	-0,21	0,42	1,05	0,52	-0,17	0,61	0,22	0,87
Apoyo†												
Nivel 1	-0,41	0,31	-1,81	0,06	0,19	0,42	<b>-1,17</b>	<b>0,05</b>	-0,27	0,38	<b>-1,94</b>	<b>0,01</b>
Nivel 2	-2,20	0,05	-2,60	0,72	-1,11	0,10	-4,37	0,35	-0,38	0,65	-3,02	0,59
Reconocimiento†												
Nivel 1	-0,27	0,37	0,56	0,40	<b>-0,49</b>	<b>0,01</b>	0,71	0,09	-0,16	0,51	0,89	0,07
Nivel 2	<b>1,80</b>	<b>0,02</b>	-3,34	0,41	<b>1,43</b>	<b>0,00</b>	-5,01	0,05	<b>1,62</b>	<b>0,01</b>	-1,49	0,60
Equidad												
Nivel 1	0,07	0,77	-0,56	0,37	0,07	0,66	-0,01	0,98	0,24	0,24	-0,31	0,49
Nivel 2	0,72	0,37	1,49	0,82	-0,28	0,60	3,94	0,45	0,77	0,23	-1,67	0,67
Innovación†												
Nivel 1	0,49	0,15	-0,06	0,94	0,44	0,05	-0,34	0,49	0,40	0,18	-0,02	0,97
Nivel 2	0,64	0,50	6,50	0,24	-0,62	0,32	7,86	0,07	-0,67	0,44	6,63	0,13

Nota: En negrita valores significativos.

† Bloque de coeficientes significativo en la prueba de razón de verosimilitud.

$\beta_i$  = Coeficiente de interacción.

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar el efecto de las variables de Cultura de Clan, Jerarquía y Mercado sobre la variable de Vergüenza a la revelación, no se observaron efectos significativos en el modelo sin moderación. Las moderaciones específicas de clima son interacciones

disordinales ya que la relación entre las dimensiones de la variable de Cultura organizacional y Vergüenza a la revelación cambia de sentido dependiendo del clima.

Se puede señalar que cuando el Clima organizacional de Reconocimiento a nivel de dispositivo es bajo, una mayor percepción de Cultura organizacional de Clan ( $\beta_{-1DE}=-1,57$ ), de Jerarquía ( $\beta_{-1DE}=-1,25$ ) y de Mercado ( $\beta_{-1DE}=-1,39$ ) a nivel individual se asocia a menores niveles de Vergüenza a la revelación. Sin embargo, cuando el Clima organizacional de Reconocimiento a nivel de dispositivo es alto, una mayor percepción de Cultura de Clan ( $\beta_{+1DE}=2,04$ ), Jerarquía ( $\beta_{+1DE}=1,62$ ) y Mercado ( $\beta_{+1DE}=1,86$ ) a nivel individual aumenta la percepción de Vergüenza a la revelación.

Por otra parte, cuando la percepción del Clima de Reconocimiento a nivel individual es baja, una mayor percepción de Cultura de Jerarquía, a nivel individual, aumenta la Vergüenza a la revelación ( $\beta_{-1DE}=0,67$ ). En cambio, cuando la percepción de Clima de Reconocimiento a nivel individual aumenta, un mayor nivel de Cultura Jerárquica, a nivel individual se asocia a menores niveles de percepción de Vergüenza a la revelación ( $\beta_{+1DE}=-0,31$ ).

Por otra parte, cuando el Clima organizacional de Apoyo a nivel individual es bajo, una mayor percepción de Cultura de Mercado ( $\beta_{-1DE}=1,96$ ) y Jerarquía ( $\beta_{-1DE}=1,15$ ) a nivel de dispositivo, aumenta la Vergüenza a la revelación. En cambio, cuando el Clima organizacional de Apoyo a nivel individual es alto, un mayor nivel de Cultura de Mercado ( $\beta_{+1DE}=-1,92$ ) y Jerarquía ( $\beta_{+1DE}=-1,20$ ) a nivel de dispositivo se asocia a menores niveles de percepción de Vergüenza a la revelación (Ver Tabla 6.34).

Tabla 6.34. Moderaciones específicas variables de Clima Apoyo (nivel 1/nivel 2) y Cultura organizacional (nivel 1/nivel 2) para variable Vergüenza a la revelación.

Variables Clima Organizacional	Variables Cultura Organizacional	Coeficiente con moderación		
		-1DE	centrado	+1DE
Apoyo N1	Jerarquía N2	1,15	-0,02	-1,20
Apoyo N1	Mercado N2	1,96	0,02	-1,92
Reconocimiento N1	Jerarquía N1	0,67	0,18	-0,31
Reconocimiento N2	Clan N1	-1,57	0,24	2,04
Reconocimiento N2	Jerarquía N1	-1,25	0,18	1,62
Reconocimiento N2	Mercado N1	-1,39	0,24	1,86

Nota: N1: nivel uno de las variables.; N2: nivel dos de las variables  
 -1DE: Valor del coeficiente cuando la variable mediadora está bajo 1 DE  
 centrado: valor cuando la variable mediadora está en su media  
 +1DE: Valor del coeficiente cuando la variable mediadora está sobre 1 DE  
 Mas detalle ver anexo 9.7.3 Tabla H5.1.3  
 Elaboración Propia.

En resumen los análisis post hoc señalan moderaciones disordinales relevantes del Clima organizacional entre las variables de Cultura organizacional y variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral y estigma asociativo.

Para contrastar la segunda parte de la hipótesis 5 se procedió a analizar la posible moderación de las dimensiones del Clima organizacional sobre la relación entre la Cultura organizacional y el estigma.

Los resultados se observan en la Tabla 6.35. Existen diferencias significativas para el modelo con moderación en dos de las tres variables del estigma. Las diferencias entre modelos con y sin moderación es igual para las Creencias estigmatizantes ( $\Delta_{\text{Creencias estigmatizantes}}=0,17$ ) y la Infantilización y distancia relacional ( $\Delta_{\text{infantilización y distancia}}$

relacional=0,17), en tanto para Distancia social la diferencia es similar a las otras ( $\Delta_{\text{Distancia social}}=0,14$ ), sin embargo, aquí el modelo sin moderación es el que resulta significativo.

Tabla 6.35. Moderación de Clima organizacional, en la relación entre Cultura organizacional y Estigma.

		Chi-cuadrado			
		AIC	X <sup>2c</sup>	valor-p	R <sup>2b</sup>
Creencias estigmatizantes	<b>sin moderación<sup>a</sup></b>	1174	35,99	0,03	0,11
	<b>con moderación<sup>b</sup></b>	1220	146,5	<b>0,001</b>	<b>0,28</b>
Infantilización y distancia relacional	<b>sin moderación</b>	1201	21,73	0,48	0,07
	<b>con moderación</b>	1251	141,8	<b>0,002</b>	<b>0,24</b>
Distancia Social	<b>sin moderación</b>	1168	48,09	<b>0,001</b>	<b>0,14</b>
	<b>con moderación</b>	1247	112,9	0,11	0,28

Nota: <sup>a</sup> gl modelo sin moderación: 25. <sup>b</sup> gl con moderación: 121. <sup>c</sup> gl diferencia modelo nulo vs sin moderación: 22, gl diferencia modelo con y sin moderación: 96.

En negrita: valores estadísticamente significativos.

Fuente: Elaboración propia.

**En conclusión** la segunda parte de la hipótesis es parcialmente aceptada ya que se observa que la diferencia entre los modelos con moderación y sin moderación para dos de las tres variables de estigma presenta valores-p estadísticamente significativos. Es decir, el clima organizacional modera la relación entre la Cultura y estigma.

Se realizaron pruebas post hoc para analizar en más detalle las moderaciones encontradas. En particular, se observa que las dimensiones de Cohesión, Confianza, Apoyo y Equidad del Clima organizacional moderan la relación entre Cultura organizacional y Creencias estigmatizantes. Para la Infantilización y Distancia relacional no existe suficiente información para determinar qué dimensión del Clima organizacional modera, pese a que anteriormente se halló moderación de las dimensiones del Clima sobre esta variable (Ver Tabla 6.36).

Tabla 6.36. Valores-p de pruebas de moderación específica entre dimensiones del Estigma por dimensión del Clima organizacional.

	Dimensiones Clima organizacional							
	aut	coh	conf	pres	apoyo	reco	equi	inno
Actitudes estigmatizantes (EAPS-TMG)								
Creencias estigmatizantes	0,18	<b>0,02</b>	<b>0,01</b>	0,12	<b>0,03</b>	0,12	<b>0,02</b>	0,07
Infantilización y distancia relacional	0,34	0,27	0,27	0,34	0,34	0,34	0,39	0,35
Distancia Social	0,24	0,68	0,68	0,68	0,68	0,68	0,68	0,68

En negrita valores-p significativos.

Fuente:Elaboración propia.

Se buscó establecer específicamente con qué tipo de Cultura organizacional ocurre la moderación. Se revisaron los grupos de interacciones, observándose sólo significancia en las moderaciones del Clima de Confianza a nivel individual en la relación entre Cultura de Clan a nivel de dispositivo y Creencias estigmatizantes y entre Cultura de Jerarquía a nivel de dispositivo y Creencias estigmatizantes. (Ver Tabla 6.37).

Tabla 6.37. Efectos de Moderación del Clima organizacional entre Cultura organizacional y Creencias estigmatizantes.

Creencias estigmatizantes	Cultura Clan				Cultura Jerarquía				Cultura Mercado			
	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 1		Nivel 2		Nivel 1		Nivel 2	
	$\beta_i$	<i>p</i> -valor	$\beta_i$	<i>p</i> -valor	$\beta_i$	<i>p</i> -valor	$\beta_i$	<i>p</i> -valor	$\beta_i$	<i>p</i> -valor	$\beta_i$	<i>p</i> -valor
Autonomía												
Nivel 1	-0,19	0,32	0,10	0,81	0,04	0,74	0,20	0,47	0,05	0,76	0,03	0,92
Nivel 2	0,22	0,58	-0,59	0,85	0,33	0,30	1,22	0,60	0,38	0,29	-0,16	0,95
Cohesión †												
Nivel 1	0,08	0,69	-0,06	0,91	-0,09	0,56	0,09	0,82	0,02	0,92	-0,47	0,25
Nivel 2	0,35	0,43	4,94	0,25	0,13	0,66	3,89	0,25	0,28	0,42	1,47	0,53
Confianza †												
Nivel 1	-0,45	0,15	<b>1,62</b>	<b>0,04</b>	-0,13	0,53	<b>1,08</b>	<b>0,03</b>	-0,46	0,10	1,10	0,06
Nivel 2	0,87	0,26	-2,19	0,80	0,50	0,33	-0,27	0,96	0,34	0,61	-1,88	0,68
Presión												
Nivel 1	-0,01	0,95	0,08	0,83	0,01	0,90	-0,17	0,46	0,03	0,83	-0,07	0,82
Nivel 2	0,37	0,30	2,94	0,43	0,12	0,63	2,62	0,32	0,29	0,35	0,86	0,68
Apoyo †												
Nivel 1	0,31	0,43	-0,50	0,59	-0,09	0,67	-0,57	0,32	0,36	0,22	-0,44	0,55
Nivel 2	0,35	0,75	10,54	0,37	-0,33	0,62	5,38	0,46	-0,21	0,80	9,44	0,29
Reconocimiento												
Nivel 1	0,17	0,58	0,15	0,82	0,23	0,22	0,00	1,00	0,34	0,17	0,14	0,77
Nivel 2	-0,02	0,98	0,53	0,93	-0,14	0,77	1,07	0,77	-0,48	0,44	0,97	0,83
Equidad †												
Nivel 1	0,21	0,39	0,63	0,30	0,05	0,75	0,55	0,17	0,04	0,85	0,44	0,31
Nivel 2	-1,26	0,11	-15,26	0,17	-0,79	0,13	-12,20	0,16	-0,96	0,12	-8,86	0,18
Innovación												
Nivel 1	-0,16	0,63	-1,31	0,10	-0,07	0,76	-0,82	0,09	-0,29	0,32	-0,87	0,13
Nivel 2	0,03	0,97	-1,34	0,87	0,45	0,46	-1,07	0,86	0,83	0,32	-4,17	0,52

Nota: En negrita valores significativos. † Bloque de coeficientes significativo en la prueba de razón de verosimilitud.  $\beta_i$  = Coeficiente de interacción. Fuente: Elaboración propia.

Al analizar el efecto de las variables de Cultura de Clan y Jerarquía sobre la variable de Creencias estigmatizantes, no se observan efectos significativos en el modelo sin moderación. Las moderaciones específicas de clima son interacciones disordinales ya

que la relación entre las dimensiones de la variable de Cultura y Creencias estigmatizantes cambia de sentido dependiendo del clima (Ver Tabla 6.38).

Se debe tener en cuenta que un mayor puntaje en las esclas de Estigma actitudinal y de Deseo social significa menor presencia de dichas variables.

Al respecto se puede señalar que cuando el Clima organizacional de Confianza a nivel de dispositivo es bajo, un mayor nivel de Cultura organizacional de Clan a nivel de dispositivo se asocia a mayores niveles de Creencias estigmatizantes ( $\beta_{-1DE}=-1,08$ ). En cambio cuando el Clima organizacional de Confianza a nivel de dispositivo es alto, una mayor percepción de Cultura organizacional de Clan a nivel de dispositivo disminuye las Creencias estigmatizantes ( $\beta_{+1DE}=2,17$ ).

Situación similar ocurre cuando el Clima organizacional de Confianza a nivel individual es bajo, un mayor nivel de Cultura organizacional de Jerarquía a nivel de dispositivo se asocia a mayores niveles de Creencias estigmatizantes ( $\beta_{-1DE}=-0,68$ ). En cambio, cuando el Clima organizacional de Confianza a nivel individual es alto, un mayor nivel de Cultura organizacional de Jerarquía a nivel de dispositivo disminuye las Creencias estigmatizantes ( $\beta_{+1DE}=1,48$ ).

Tabla 6.38. Moderaciones específicas variables de Clima Presión (nivel 2) y Cultura organizacional Mercado (nivel 1) para variable Creencias estigmatizantes.

Variables Clima Organizacional	Variables Cultura Organizacional	Coeficiente con moderación		
		-1DE	centrado	+1DE
Confianza N2	Clan N2	-1,08	0,54	2,17
Confianza N1	Jerarquía N2	-0,68	0,40	1,48

Nota: N1: nivel uno de las variables.; N2: nivel dos de las variables  
 -1DE: Valor del coeficiente cuando l variable mediadora está bajo 1 DE  
 centrado: valor cuando la variable mediadora está en su media  
 +1DE: Valor del coeficiente cuando l avariable mediadora está sobre 1 DE  
 Fuente: Elaboración Propia (Más detalle ver anexo 9.7.3. Tabla H5.1.4)

**En resumen** las pruebas post hoc confirman las moderaciones del Clima entre Cultura organizacional y estigma, principalmente con las Creencias estigmatizantes. La dimensión de Infantilización y distancia relacional requiere de mayores análisis para confirmar las moderaciones. No se reportaron resultados significativos con Distancia social.

Para contrastar la tercera parte de la hipótesis 5, se procedió a analizar las moderaciones que ocurren entre el Clima organizacional y las variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral y Estigma asociativo y el Estigma, evaluado mediante Creencias estigmatizantes e Infantilización y distancia relacional.

Al realizar el análisis de las moderaciones totales para esta parte de la hipótesis, se observó que no era posible aplicar el modelo completo de moderación, ya que no existe suficiente muestra para el total de coeficientes a estimar. Por tanto se probaron todas las combinaciones a través de una estrategia incremental de variables. Se incorporaron desde 1 a 8 variables de Clima moderando la relación entre las Variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de y Estigma asociativo, y el estigma. Cuando apareció un modelo de AIC y BIC mejor que el modelo original se procedió a analizarlo.

En base a lo anterior, se revisaron todas las combinaciones. Se buscó el modelo más parsimonioso (Ver Tabla 6.39).

Al elegir entre una serie de modelos estadísticos que difieren en complejidad y en calidad de ajuste (capacidad de explicar los datos), se buscó el o los modelos lo suficientemente complejos para dar una buena descripción de los datos, pero no tan

complejo como para que no tenga validez general, por el posible sobreajuste del modelo a los datos. Así, se aplicaron indicadores de información AIC y BIC.

El indicador AIC privilegia el ajuste a los datos del modelo imponiendo una penalización en función del número de parámetros del modelo.

El indicador BIC es muy similar al AIC pero impone una penalización mayor al número de parámetros por lo que privilegia modelos más sencillos.

En términos teóricos, AIC es válido para modelos que comprende un número infinito de factores de los cuales solo se prueban algunos y se asume a priori que el modelo empírico es imperfecto.

BIC en cambio asume que algunos de los modelos empíricos probados es el modelo poblacional.

Se determinó que solo los modelos en la variable de Infantilización y distancia relacional tiene una diferencia con el indicador de AIC sin moderación de al menos 10 puntos, que es lo que se considera suficiente para señalar que un modelo es mejor que otro. En este sentido, solo los indicadores en la variable de Infantilización cumplen los criterios de AIC, luego el modelo más parsimonioso resultó ser el que incluye las variables de Apoyo e Innovación. Se debe tener en cuenta que el modelo BIC sin moderación es el que presenta el mejor ajuste relativo para las tres variables, lo que es esperable ya que no asumimos que nuestro modelo explique toda la variabilidad en el estigma.

Tabla 6.39. Series de modelos AIC y BIC por variables de Creencias estigmatizantes, Infantilización y distancia relacional y Distancia Social.

Variables	Creencias Estigmatizantes			Infantilización y distancia relacional			Distancia social				
	AIC	BIC	p-valor	AIC	BIC	p-valor	AIC	BIC	p-valor		
Clima Org.	1157 <sup>†</sup>	1294 <sup>†</sup>		1154 <sup>†</sup>	1292 <sup>†</sup>		1165 <sup>†</sup>	1302 <sup>†</sup>			
Reco. Inno.	1156	1568	p<0,001	Aut. Apoy. Reco. Inno.	1143	1829	p<0,001	Pres.	1176	1446	0,010
Aut. Conf. Apoy.	1158	1707	p<0,001	Aut. Pres. Apoy. Inno.	1145	1831	p<0,001	Aut.	1176	1447	0,011
Reco.	1159	1430	0,001	Apoy. Inno.	1145*	1561*	p<0,001	Aut. Pres.	1178	1586	p<0,001

Nota: Se presentan solo las primeras 3 series, ordenadas de forma ascendiente.

†:modelos originales (sin moderación); \*:modelo parsimonioso.

Aut.:Autonomía; Coh.:Cohesión; Conf.:Conformidad.; Pres.:Presión; Apoy.:Apoyo; Reco.: Reconocimiento; Equi.: Equidad; Inno.:Innovación.

Al analizar más específicamente con qué variables actitudinales, cognitivas, de bienestar y Estigma asociativo ocurre la moderación, se revisaron los grupos de interacciones, observándose sólo significancia en las moderaciones de: a) Clima de Apoyo a nivel individual, en la relación entre la percepción Compromiso organizacional Afectivo a nivel individual e Infantilización y distancia relacional; b) Clima de Innovación a nivel individual en la relación entre la percepción de Conflicto de Rol a nivel individual e Infantilización y distancia relacional;c) Clima de Innovación a nivel de dispositivo en la relación entre Compromiso organizacional Normativo e Infantilización y distancia relacional y entre Agotamiento emocional e Infantilización y distancia relacional; d) Clima organizacional de Apoyo a nivel de dispositivo, en la relaciones entre las variables de Compromiso organizacional Normativo a nivel individual e Infantilización y distancia

relacional y entre Agotamiento emocional a nivel de dispositivo e Infantilización y distancia relacional (Ver Tabla 6.40).

Tabla 6.40. Efectos de Moderación del Clima organizacional entre variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral y Estigma asociativo e Infantilización y distancia relacional.

	Compromiso organizacional Afectivo				Compromiso organizacional Normativo				Compromiso organizacional de Continuidad			
	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 1		Nivel 2		Nivel 1		Nivel 2	
	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor
Apoyo												
Nivel 1	<b>-0,39</b>	<b>0,02</b>	-0,95	0,06	0,15	0,30	0,11	0,79	0,10	0,42	-0,24	0,35
Nivel 2	-0,40	0,30	-2,50	0,36	<b>1,11</b>	<b>&lt;0,005</b>	3,79	0,16	-0,53	0,10	1,93	0,46
Innovación												
Nivel 1	0,18	0,28	0,52	0,28	-0,13	0,37	0,25	0,57	-0,13	0,31	0,04	0,87
Nivel 2	0,33	0,42	1,16	0,66	<b>-1,39</b>	<b>&lt;0,001</b>	-2,84	0,24	0,37	0,27	-1,63	0,46
Conflicto de rol												
Ambigüedad de rol												
Agotamiento emocional												
	Conflicto de rol				Ambigüedad de rol				Agotamiento emocional			
	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 1		Nivel 2		Nivel 1		Nivel 2	
	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor
Apoyo												
Nivel 1	0,12	0,32	-0,34	0,40	0,19	0,21	-0,08	0,83	-0,20	0,20	-0,10	0,83
Nivel 2	0,03	0,92	-1,05	0,64	-0,01	0,98	2,13	0,14	<b>1,15</b>	<b>&lt;0,01</b>	1,12	0,58
Innovación												
Nivel 1	<b>-0,30</b>	<b>0,02</b>	0,21	0,60	-0,27	0,08	0,04	0,91	0,10	0,53	-0,35	0,45
Nivel 2	-0,001	0,99	3,19	0,14	0,04	0,92	-2,26	0,08	<b>-1,31</b>	<b>&lt;0,01</b>	-0,58	0,79
Despersonalización												
Actitudes negativas hacia el trabajo												
Vergüenza a la revelación												
	Despersonalización				Actitudes negativas hacia el trabajo				Vergüenza a la revelación			
	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 1		Nivel 2		Nivel 1		Nivel 2	
	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor	$\beta_i$	p-valor
Apoyo												
Nivel 1	-0,24	0,10	-0,20	0,65	-0,03	0,83	0,04	0,87	0,08	0,50	-0,45	0,12
Nivel 2	-0,31	0,41	0,17	0,91	-0,14	0,64	0,53	0,83	-0,13	0,69	-2,91	0,16
Innovación												
Nivel 1	0,28	0,053	0,32	0,46	-0,05	0,67	-0,01	0,96	0,01	0,92	-0,07	0,81
Nivel 2	0,20	0,63	-0,79	0,66	0,43	0,20	-0,32	0,87	-0,29	0,40	2,91	0,07

Nota: en negrita p-valores significativos.  $\beta_i$  = Coeficiente de interacción.

Fuente: Elaboración propia.

Las moderaciones específicas son interacciones disordinales, por lo que se puede asumir que las variables de Compromiso organizacional Afectivo y Normativo, Conflicto de rol, Agotamiento emocional no tienen efecto por sí solas. (Ver tabla 6.41).

Tabla 6.41. Moderaciones específicas variables de Clima Apoyo (nivel 1/nivel 2) y variables de Compromiso organizacional Afectivo y Normativo, Conflicto de rol, Agotamiento emocional (nivel 1/nivel 2) para variable Infantilización y distancia relacional.

Variables Clima Organizacional	Variables Contexto laboral	Z-1	centrado	Z+1
Apoyo N1	Compromiso org.Afectivo N1	0.32	-0.07	-0.45
Apoyo N2	Agotamiento emocional N1	-1.06	0.08	1.23
Apoyo N2	Compromiso org.Normativo N1	-1.04	0.07	1.18
Innovación N2	Agotamiento emocional N1	1.40	0.08	-1.23
Innovación N2	Compromiso org.Normativo N1	1.46	0.07	-1.32
Innovación N1	Conflicto de rol N1	0.33	0.04	-0.26

Nota: N1: nivel uno de las variables; N2: nivel dos de las variables  
 -1DE: Valor del coeficiente cuando la variable mediadora está bajo 1 DE  
 centrado: valor cuando la variable mediadora está en su media  
 +1DE: Valor del coeficiente cuando la variable mediadora está sobre 1 DE  
 Mas detalle ver anexo 9.7.3 Tabla H5.1.5.  
 Elaboración Propia.

Al respecto, se puede apreciar que cuando el Clima organizacional de Apoyo a nivel de dispositivo es bajo, una mayor percepción de Agotamiento emocional ( $\beta_{-1DE}=-1,06$ ) y de Compromiso organizacional Normativo ( $\beta_{-1DE}=-1,04$ ) a nivel individual aumentan la percepción de la Infantilización y distancia relacional. En cambio, cuando aumenta la percepción de Clima de Apoyo a nivel de dispositivo, una mayor percepción de Agotamiento emocional ( $\beta_{+1DE}=1,23$ ) o de Compromiso organizacional Normativo ( $\beta_{+1DE}=1,18$ ) disminuyen la percepción de Infantilización y distancia relacional.

También se puede observar que cuando el Clima organizacional de Innovación a nivel de dispositivo disminuye, una mayor percepción de Compromiso organizacional

Normativo ( $\beta_{-IDE}=1,46$ ) así como de Agotamiento emocional ( $\beta_{-IDE}=1,40$ ) a nivel individual disminuyen la percepción de la Infantilización y distancia relacional. En cambio, cuando el Clima de Innovación a nivel de dispositivo aumenta, una mayor percepción de Compromiso organizacional Normativo ( $\beta_{+IDE}=-1,32$ ) o de Agotamiento emocional ( $\beta_{+IDE}=-1,23$ ) aumentan la percepción de Infantilización y distancia relacional.

También es posible observar que cuando el Clima organizacional de Apoyo a nivel individual disminuye, una mayor percepción de Compromiso organizacional Afectivo a nivel individual disminuye la percepción de Infantilización y distancia relacional ( $\beta_{-IDE}=0,32$ ); sin embargo, cuando la percepción individual de Clima organizacional de Apoyo aumenta, un mayor nivel de Compromiso organizacional Afectivo aumenta la percepción de Infantilización y distancia relacional ( $\beta_{+IDE}=-0,45$ ).

Finalmente cuando el Clima organizacional de Innovación a nivel individual disminuye, la percepción de Conflicto de rol a nivel individual disminuye la percepción de Infantilización y distancia relacional ( $\beta_{-IDE}=0,33$ ). Cuando la percepción de Clima organizacional de Innovación aumenta, entonces la percepción de Conflicto de Rol a nivel individual aumenta la percepción de Infantilización y distancia relacional ( $\beta_{+IDE}=-0,26$ ) (Ver tabla 6.41).

**En conclusión** se comprueba parcialmente la tercera parte de la hipótesis 5 dado que las dimensiones del Clima organizacional moderan la relación entre variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral y estigma asociativo, y estigma, para la dimensión de Infantilización y distancia relacional.

## **6.9 Comparación en la influencia de variables individuales v/s del dispositivo en el estigma hacia personas con TMG**

Este apartado responde a la hipótesis 6 que señala que variables individuales (nivel 1), tendrán más influencia en el estigma de los proveedores de salud mental, medido través de las actitudes y la distancia social, que las variables de los dispositivos de salud (nivel 2).

Para responder a la hipótesis, se estableció que componente (individual o de dispositivo) explica la varianza de las Creencias estigmatizantes, infantilización y distancia relacional y distancia social.

Antes de realizar los análisis se prueban los supuestos del modelo. Se cumplen los supuestos de linealidad, normalidad y homocedasticidad a nivel individual así como a nivel de dispositivos. Se observa un efecto que afecta levemente la varianza de los resultados de la variable de Infantilización y distancia relacional a nivel individual. A nivel de dispositivos los supuestos se cumplen sin problemas.

En la Tabla 6.42 se observa el  $R^2$  para el componente individual y de dispositivo, al tratar de predecir las tres variables dependientes.

Lo primero que se puede notar es que la importancia de las variables individuales y del dispositivo varía conforme de la variable dependiente; el  $R^2$  de las variables individuales es mayor en las Creencias estigmatizantes y la Infantilización y distancia relacional, en tanto que el efecto del dispositivo es más fuerte en la Distancia social. Al

utilizar bootstrap, la diferencia es estadísticamente significativa sólo para Distancia social (Ver Tabla 6.42).

Tabla 6.42. Varianza explicada modelos y prueba de diferencia en capacidad explicativa.

	Variables individuales		Variables de dispositivos		Total		R <sup>2</sup> ind – R <sup>2</sup> grup [IC 95%]
	PRV	R <sup>2</sup>	PRV	R <sup>2</sup>	PRV	R <sup>2</sup>	
Creencias estigmatizantes	X <sup>2</sup> (17)=34,1, p=0,008	<b>0,20</b>	X <sup>2</sup> (26)=117,6, p<0,001	0,11	X <sup>2</sup> (43)=146,9, p<0,001	0,29	0,09 [-0,0060;0,1739]
Infantilización y distancia relacional	X <sup>2</sup> (17)=41,2, p=0,001	<b>0,16</b>	X <sup>2</sup> (26)=86,3, p<0,001	0,12	X <sup>2</sup> (43)=123,5, p<0,001	0,26	0,04 [-0,0554;0,437]
Distancia social	X <sup>2</sup> (17)=48,17, p<0,001	0,08	X <sup>2</sup> (26)=43,6, p=0,017	<b>0,14</b>	X <sup>2</sup> (43)=89,23, p<0,001	0,21	-0,06 [-0,1713;-0,0080]

En negrita: se destaca el mayor valor de r<sup>2</sup>.

Fuente: Elaboración propia.

**En conclusión** la hipótesis 6 es rechazada ya que solo hay una diferencia estadísticamente significativa que es contraria a lo esperado, solo las variables del dispositivo tienen un efecto predictor en la distancia social.

### Analisis post hoc

Finalmente se realizó un analisis post hoc para explorar qué variables son más importantes para la predicción del estigma. Se realizó un análisis de dominancia (Azen y Bodescu, 2003), para determinar la importancia relativa de las variables medidas a nivel individual (nivel 1) y a nivel del dispositivo (nivel 2) respecto al estigma hacia persons con TMG.

Se utilizó la Medida de Dominancia General (MDG) la cual permite comparar la importancia de un predictor sobre otro en todos los casos, cuando no existe una dominancia total o condicional clara.

En este tipo de análisis, la suma de las MDG es igual a la varianza explicada por el modelo con todos los predictores. Estos se pueden interpretar de forma similar a los coeficientes beta en la regresión múltiple. La ventaja sobre estos es que resulta ser más estable cuando se presentan correlaciones alta entre los predictores. (Ver Tabla 6.43).

La variable Profesion resultó ser a nivel individual la que presenta mayor dominancia tanto para las Creencias estigmatizantes así como para Infantilización y Distancia relacional.

La dimensión Vergüenza a la revelación del Estigma asociativo, también resultó ser una variable dominante a nivel individual para la Infantilización y distancia relacional.

Finalmente, las dimensiones del Clima organizacional de Cohesión, Apoyo y Reconocimiento fueron dominantes para la Distancia social.

Tabla 6.43. Varianza de las variables individuales por cada aspecto evaluado del estigma.

Dimensiones Estigma / Variables individuales	Dominancia General
<b>Creencias estigmatizantes</b>	
<b>variables sociodemográficas</b>	
Sexo	0,0003
Edad	0,0067
<b>Profesión</b>	<b>0,0680</b>
Años en Salud Mental	0,0270
Tipo de Contrato	0,0019
Horas de Jornada Laboral	0,0003
<b>Infantilización y distancia relacional</b>	
Dimensiones Estigma asociativo	
Actitudes negativas hacia el trabajo	0,0002
<b>Vergüenza a la revelación</b>	<b>0,0205</b>
variables sociodemográficas	
Sexo	0,0002
Edad	0,0059
<b>Profesión</b>	<b>0,0703</b>
Años de trabajo en Salud Mental	0,0282
Tipo de Contrato	0,0020
Horas de jornada Laboral	0,0003
<b>Distancia social</b>	
<b>Clima organizacional</b>	
Autonomía (individuales)	0,0012
<b>Cohesión (individuales)</b>	<b>0,0064</b>
Confianza (individuales)	0,0004
Presión (individuales)	0,0016
<b>Apoyo (individuales)</b>	<b>0,0040</b>
<b>Reconocimiento (individuales)</b>	<b>0,0053</b>
Equidad (individuales)	0,0002
Innovación (individuales)	0,0012

Nota: En negrita valores significativos. Se presentan los grupos de variables que resultaron mas dominantes.

R<sup>2</sup>: Nakagawa marginal.

Fuente: Elaboración Propia.

Finalmente para las variables a nivel de dispositivos, se presentan los resultados en la Tabla 6.44. Para las Creencias estigmatizantes, solo el Servicio de Salud contribuye a la explicación de la varianza.

Para la Infantilización y distancia relacional solo la Despersonalización explica parte de la varianza, en tanto para la Distancia Social es la Cultura de Mercado; no obstante el rango de explicación es limitado.

Tabla 6.44. Varianza de las variables grupales por cada aspecto evaluado del estigma.

Dimensiones Estigma / Variables de dispositivos	Dominancia General
<b>Creencias estigmatizantes</b>	
<b>variables sociodemográficas</b>	
Nivel de Atención	0,0004
<b>Servicio de Salud</b>	<b>0,0124</b>
<b>Infantilización y Distancia Relacional</b>	
Dimensiones Burnout	
Agotamiento Emocional	0,0084
<b>Despersonalización</b>	<b>0,0129</b>
<b>Distancia social</b>	
<b>Cultura organizacional</b>	
Clan	0,0009
Jerarquía	0,0008
Mercado	<b>0,0016</b>

Nota: En negrita: valores significativos. Se presentan los grupos de variables que resultaron mas dominantes.

R<sup>2</sup>: Nakagawa marginal.

Fuente: Elaboración Propia.

## 6.10 Resumen de Resultados

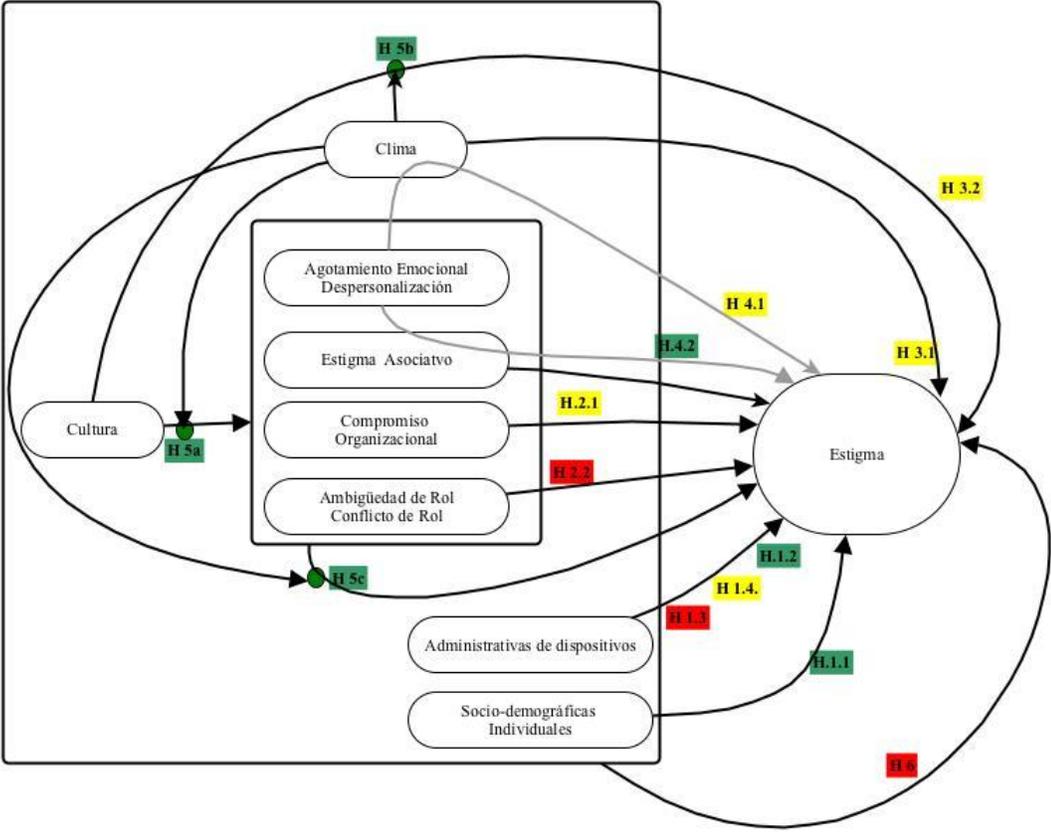
En Tabla 6.45 se pueden apreciar el resumen de los resultados por Hipótesis general y específicas del estudio. En diagrama 6 se presentan las relaciones entre variables, hipótesis y sus resultados.

Tabla 6.45. Resumen de Resultados de Hipótesis.

Objetivo Específico 1. Determinar el nivel de estigma, medido a través de Actitudes y Distancia social, hacia personas con TMG presente en los proveedores de salud mental que trabajan en el nivel primario y secundario de atención.		
Principales Resultados:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor estigma en Profesionales del área biomédica.</li> <li>• Mayor estigma en proveedores con menos años de educación o formación posterior a la carrera profesional</li> <li>• Mayor estigma en proveedores de salud mental de atención primaria.</li> <li>• Menor nivel de estigma en Servicio de Salud Arauco</li> </ul>		
Objetivo Específico 2. Analizar la relación entre variables sociodemográficas de los proveedores de salud mental y variables administrativas de los dispositivos de salud con el nivel de estigma, medido a través de Estigma actitudinal y Distancia social, hacia personas con TMG.		
Hipótesis 1. Variables sociodemográficas de los proveedores de salud mental y variables administrativas de los dispositivos de salud influyen en el nivel de estigma, evaluado a través de Estigma actitudinal y Distancia social, hacia personas con TMG.		
H 1.1	En profesionales de psicología y trabajo social, existe una relación inversa entre la edad, los años de trabajo en salud mental y el estigma.	Aprobada
H 1.2	Proveedores de salud mental del área biomédica presentarán más estigma hacia personas con TMG que proveedores de salud mental del área psicosocial.	Aprobada
H 1.3	Los dispositivos de salud de atención secundaria presentarán un mayor nivel de estigma en sus funcionarios, que los de atención primaria.	Rechazada
H 1.4	Dispositivos de salud que utilizan con mayor frecuencia intervenciones psicosociales (Intervenciones grupales, Intervenciones comunitarias y otras) presentan menos estigma entre sus funcionarios que aquellos donde se realizan más intervenciones tradicionales (farmacología, terapia individual).	Parcial
Objetivo Específico 3. Analizar la relación entre variables actitudinales, cognitivas y de bienestar de los proveedores de salud mental en su contexto laboral con el nivel de estigma, medido a través de Estigma actitudinal y Distancia social hacia personas con TMG.		
Hipótesis 2. Variables actitudinales, cognitivas y de bienestar de los proveedores de salud mental en su contexto laboral influyen en el nivel de estigma, evaluado a través de Estigma actitudinal y Distancia social, hacia personas con TMG.		
H 2.1	Proveedores de salud mental con menor compromiso laboral presentarán más estigma hacia personas con TMG.	Parcial
H 2.2	Los proveedores de salud mental que presentan mayor Conflicto de rol y Ambigüedad de rol presentarán mayor estigma hacia usuarios con TMG.	Rechazada

Objetivo Específico 4. Analizar la relación entre variables organizacionales de los dispositivos de salud y el nivel de estigma, medido a través de Actitudes y Distancia social hacia personas con TMG.		
Hipótesis 3. El Clima y Cultura organizacional influyen en el nivel de estigma, evaluado a través de Estigma actitudinal y Distancia social, hacia personas con TMG.		
H 3.1	Los dispositivos de salud que presentan un Clima organizacional más estresante tienen un mayor nivel de estigma hacia personas con TMG	Parcial
H 3.2	Existe una asociación inversa entre la Cultura organizacional centrada en la flexibilidad y discreción y el nivel de estigma hacia usuarios con TMG.	Parcial
Objetivo Específico 5. Determinar la relación conjunta de las variables individuales y de los dispositivos de salud en el nivel de estigma hacia personas con TMG.		
Hipótesis 4 (Hipótesis Mediacionales). El Agotamiento emocional y la Despersonalización tienen un efecto mediador entre el Clima organizacional y el Estigma asociativo con el estigma hacia personas con TMG.		
H 4.1	El agotamiento emocional y la despersonalización de proveedores de salud mental tienen un efecto mediador entre el Clima organizacional y el estigma hacia personas con TMG.	Parcial
H 4.2	El agotamiento emocional y la despersonalización de proveedores de salud mental tienen un efecto mediador entre el estigma asociativo y el estigma hacia personas con TMG	Aprobada
Hipótesis 5 (Hipótesis de Moderaciones). El Clima organizacional modera la relación entre Cultura organizacional y variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral, y estigma asociativo, las que a su vez se asocian al estigma hacia usuarios con TMG.		
Hipótesis 6. Variables individuales (nivel 1), tendrán más influencia en el estigma de los proveedores de salud mental, medido través de las actitudes y la distancia social, que las variables de los dispositivos de salud (nivel 2).		
		Rechazada

Figura 6.6. Resultados de Hipótesis.



Fuente: Elaboración Propia.

## 7 DISCUSIÓN

Este estudio multicéntrico tuvo como objetivo determinar la influencia de variables individuales y de dispositivos de salud en el estigma, evaluado a través de actitudes y distancia social de proveedores de salud mental hacia personas con trastornos mentales graves.

Los resultados de los análisis señalan que gran parte las relaciones hipotetizadas fueron encontradas. Se observó que variables del contexto organizacional se vinculan con el estigma presente en proveedores de la salud, tal como ha sido encontrado en investigaciones previas (Verhaeghe & Bracke, 2007).

Los objetivos e hipótesis planteadas serán discutidas siguiendo el orden en que se presentaron. Luego se realizarán algunas apreciaciones sobre los procedimientos metodológicos empleados, las limitaciones y proyecciones del estudio, para finalizar con las conclusiones. Para facilitar la discusión, la variable principal estigma, en sus dos vertientes, actitudes y distancia social, será mencionada como Estigma cuando incluya a estos dos aspectos y cómo actitudes estigmatizantes cuando incluya solo a la primera vertiente, en tanto se mantendrá el apelativo de Distancia social para la segunda. A su vez las actitudes estigmatizantes, como ya ha sido expuesto anteriormente en esta tesis tienen dos dimensiones, Creencias estigmatizantes e Infantilización y distancia relacional. A continuación se buscará explicar los resultados encontrados.

En general, los resultados señalan niveles bajos de Estigma. Si bien hay gran cantidad de estudios que muestran niveles medios o altos de estigmatización en personal de salud mental (Corrigan et al., 2000; Lauber et al., 2006), hay otros muestran actitudes

de inclusión (Lauber et al., 2004; Vibha et al., 2008). No obstante no está claro qué factores del contexto social o laboral podrían explicar estas diferencias, lo que es parte de la presente investigación.

Como **primer objetivo** se planteó determinar el nivel de estigma hacia personas con TMG presente en los proveedores de salud mental que trabajan en el nivel primario y secundario de atención. Para esto se llevaron a cabo análisis estadísticos univariados y bivariados entre variables sociodemográficas y las variables de Estigma.

La muestra final obtenida estuvo conformada por profesionales de formación biomédica y psicosocial. Participaron mayoritariamente mujeres (78,2%). Esta tendencia es similar a la de investigaciones previas donde también se reportan porcentajes altos de mujeres en comparación con los hombres (Rao et al., 2009; Smith & Cashwell, 2010). El predominio de mujeres en profesiones del ámbito de la salud mental es habitual en Chile así como en otros países (Endriulaitienė et al., 2016; Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006).

La muestra se concentró en proveedores de salud mental del área psicosocial (78,2%), lo cual también coincide con reportes de estudios comparativos previos. Rao et al. (2009) reportaron un 52% de participación de profesionales de esta área y la investigación multicéntrica de Gaebel et al. (2015) reportó un 60,5% de profesionales del área psicosocial.

Se encontraron relaciones significativas entre la profesión y nivel de formación profesional, con el estigma. Profesionales psiquiatras, psicólogos y terapeutas ocupacionales presentaron menores niveles de Estigma lo que también se ha encontrado

en la literatura. Se ha observado que psiquiatras tienden a rechazar el que se adscriban atributos negativos hacia personas diagnosticadas con TMG (Kingdon et al., 2004; Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Guarneri, et al., 2004). Polanco-Frontera et al. (2013) encontraron mayor nivel de Estigma y Distancia social entre profesionales de formación médica en comparación con graduados de psicología y trabajo social. Otras investigaciones señalan incluso que psicólogos y trabajadores sociales han reportado menos Estigma que otros profesionales de la salud mental (Caldwell & Jorm, 2001; Lauber et al., 2004; Nordt et al., 2006). Al parecer la formación que reciben es un aspecto importante que influye en el Estigma.

Por tanto, se encontró un mayor nivel de Estigma entre profesionales del área Biomédica que en aquellos del área Psicosocial, lo cual también es apoyado por la literatura (Lam et al., 2015; Lauber et al., 2006; O'Reilly et al., 2011; Polanco-Frontera et al., 2013).

La perspectiva biomédica se sustenta en un enfoque biogenético para explicar el origen de las enfermedades (Angermeyer et al., 2011). Así los problemas de salud mental son comprendidos bajo esta lógica. Algunos autores plantean que el origen de esto puede relacionarse con el concepto de esencialismo, o tendencia a identificar grupos de acuerdo con sus atributos percibidos (Longdon & Read, 2017), lo que influye en el proceso de categorización diagnóstica actuando como catalizador del proceso de Estigma (Sercu & Bracke, 2017). Esto podría estar relacionado con el hecho que a las personas con TMG se les tiende a atribuir el control o la estabilidad de su diagnóstico, lo que provocaría la consiguiente estigmatización. Como se ha podido observar en diferentes estudios, tanto

experimentales como poblacionales, estas creencias o intervenciones basadas en un enfoque biogénico se asocian negativamente con las expectativas de recuperación y buen pronóstico (Angermeyer et al., 2011). Por tanto, una hipótesis plausible es que la formación profesional permite predecir el nivel de Estigma entre proveedores de salud mental. Así, la formación basada en el enfoque médico se orienta hacia aspectos físicos-biológicos, por lo que reciben menos formación sobre las dimensiones sociales que son los que principalmente determinan los problemas de salud mental. Por el contrario las profesionales del área psicosocial presentan una formación más amplia en la comprensión de la salud, por lo que los modelos y enfoques tienden a ser más integrales. En consecuencia, dado que en la atención en salud mental conviven ambos enfoque, será necesario que la implementación de cualquier estrategia de reducción de estigma contemple el componente educacional con el fin de equiparar conocimientos. Por otra parte el conocimiento que se puede obtener producto del contacto directo puede ser también una forma eficaz de modificar percepciones y conductas que se tienen hacia personas con TMG (Corrigan, River, et al., 2001). Así, se ha demostrado que cuando los médicos generales se vinculan más a los equipos de salud mental, tienden a presentar menos estigmatización hacia los trastornos mentales graves (Castillejos et al., 2019).

A mayor nivel educacional se encontró menos estigma. Coincidentemente otras investigaciones muestran que más años de estudio (Arvaniti et al., 2009; Pranckeviciene et al., 2018), así como el entrenamiento profesional (Lauber et al., 2006) se asocian a un menor Estigma.

Ambos resultados indican que el trabajo en salud mental requiere que todos los

proveedores de salud conozcan y comprendan las particularidades profesionales y humanas que se requieren para el cuidado y atención de personas con TMG. Por otra parte, es importante que los proveedores de salud mental profundicen en sus conocimientos profesionales y laborales, pues el aumento de la información contribuiría a tener un menor estigma (Corrigan et al., 2012; Maranzan, 2016; Rüsck et al., 2005).

Por otra parte, se consideró como un hallazgo las diferencias significativas entre pertenecer a un determinado servicio de salud y el nivel de Estigma. Se debe tener en cuenta que si bien todos los servicios de salud se encuentran regidos por un mismo órgano administrativo que es el Ministerio de Salud, las implementaciones y formas de funcionamiento pueden ser más autónomos y acordes a las necesidades y características de la población.

Los proveedores de salud mental pertenecientes a la administración del Servicio de Salud Arauco reportaron un menor nivel de estigma en comparación con los otros servicios. ¿Cómo podría explicarse esta diferencia entre Servicios de Salud? Una característica que puede ser distintiva de este servicio de salud respecto del resto, es que sus dispositivos están emplazados en ciudades y pueblos donde predomina la condición de ruralidad. El trabajo en el ámbito rural implica un contacto más esporádico con los usuarios en el tiempo (Kirby et al., 2019), pero con un mayor compromiso vincular entre proveedores de salud mental y usuarios. Por tanto, el trato directo y la cercanía puede ser un factor importante de humanización de los usuarios y por consiguiente de inclusión de estos, lo que es incompatible con el estigma. La literatura señala que los espacios urbanos presentarían menos oportunidades de inclusión y apoyo para las personas con diagnósticos

de trastornos mentales dadas las interacciones altamente dinámicas con condiciones de vida que cambian rápidamente en las grandes ciudades (Ta et al., 2016).

Se debe agregar además que las brechas de establecimientos de atención en el espacio rural se han ido reduciendo en nuestro país, cubriendo más de la mitad de la demanda existente (Minoletti et al., 2014). Asimismo, el reporte del Ministerio de Salud sobre el Modelo de gestión de centros de salud mental comunitaria señala que este servicio de Salud destaca por una alta presencia de equipos instalados en las comunidades, territorializados y con una población asignada que permite un abordaje acorde al modelo comunitario. Si se comparan las tasas de equipos de especialidad ambulatoria de salud mental por cada 100.00 beneficiarios, la media nacional resulta ser de un 1,07%. La del Servicio de Salud Arauco es la única que sobre sale entre el resto y del promedio nacional siendo de un 2,79% (Ministerio de Salud, 2018).

Conforme a esto, futuras investigaciones deberían considerar variables como la condición de ruralidad, el nivel de implementación del modelo de salud mental comunitario y los datos asociados a tasas por equipos de salud mental existentes por servicio de salud, con el fin de precisar algunos aspectos del nivel macro que puedan estar impactando en la atención y consecuentemente en el estigma hacia usuarios con TMG.

El **segundo objetivo** planteaba analizar la relación entre variables sociodemográficas de los proveedores de salud mental y variables administrativas de los dispositivos de salud con el nivel de Estigma.

Se encontró que, en profesionales de la psicología y el trabajo social, tal como se esperaba, a mayor edad y más años de trabajo en salud mental había menos estigma. Existen reportes que corroboran este resultado. Algunas investigaciones muestran que a menor edad de los proveedores de salud mental se presentan más creencias negativas (Hansson et al., 2013). En coincidencia con esto, los trabajadores sociales de más edad tienen actitudes más favorables en cuanto a admisión y tratamiento de personas con problemas de salud mental (Lepping et al., 2004). Una relación significativa pero débil también fue encontrada en el estudio de Lauber et al. (2006). Asimismo, Jorm destaca resultados similares, aunque no se observaron diferencias significativas por edad o sexo para el grupo de profesionales psicólogos (Jorm et al., 1999).

Estos resultados son relevantes en el ámbito de la salud mental y puede ser explicados si se considera que con el tiempo los profesionales lograrían más contacto con los usuarios por lo cual se podría asumir que disminuyen las actitudes estigmatizantes y mitos que puedan asociarse a los TMG; lo que también es coherente con el tiempo de desempeño profesional. Como lo demuestran estudios previos, el contacto continuo así como el tiempo de trabajo permitiría consolidar los conocimientos en este ámbito y esto tendría una repercusión positiva en aspectos como la percepción sobre la recuperación, más optimismo en el resultado terapéutico y una menor presencia de estereotipos negativos (Hansson et al., 2013; Lauber et al., 2006).

De este modo, la edad y años de servicio aparecen como variables pertinentes para estudios sobre Estigma en proveedores de salud mental que confirman resultados de investigaciones previas (Vibha et al., 2008).

Por otra parte, los resultados muestran menos niveles de Estigma en dispositivos de atención secundaria, contrario a lo esperado. Si bien diversas investigaciones indican que los profesionales de APS tiene un menor nivel de estigma, hay unas pocas que indican lo contrario (Mittal et al., 2014). Este hallazgo es coincidente no solo con estos estudios si no con los mismos resultados encontrados en la presente investigación, pues personal del área psicosocial que trata más frecuentemente con personas que presentan un TMG, como son psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, presentan menos estigma y trabajan fundamentalmente en el nivel secundario de atención. Entonces, al parecer lo que influye sobre el estigma no es sólo el nivel de atención en salud sino que también el nivel de conocimientos (Corrigan et al., 2012), contacto (Clement et al., 2012; Corrigan et al., 2012), así como la formación para el trabajo con personas con TMG (Bjorkman et al., 2008; Hori et al., 2011; Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Guarneri, et al., 2004).

El personal de atención especializada de salud mental tiene un contacto más permanente con los usuarios por lo que tiene la posibilidad de colocar a prueba sus creencias erróneas y de establecer un vínculo más cercano, lo que influiría en el estigma. Esto ha sido evidenciado en estudios similares (Fang et al., 2020). Por el contrario el personal de APS al tener un contacto más esporádico no tendría esta posibilidad y mantendría creencias ligadas al estigma público.

Respecto de la percepción de proveedores de salud mental sobre las intervenciones utilizadas con mayor frecuencia en sus dispositivos, los resultados muestran que, de acuerdo a lo esperado, realizar intervenciones más psicosociales en los dispositivos de

salud se asocia a menos Creencias estigmatizantes. Priorizar este tipo de intervenciones indicaría una visión más integral de la persona tratada, lo que implicaría una perspectiva más humanizada y favorable a la inclusión, lo que a su vez influiría en tener menos Actitudes estigmatizantes (Lauber et al., 2005). En coincidencia con este resultado, se ha podido observar que algunos proveedores de salud mental perciben como más desfavorables los tratamientos tradicionales (principalmente farmacológicos) hacia personas con TMG (Lam et al., 2015).

Es necesario aclarar que las opciones consultadas responden a la realidad de las opciones de tratamientos presentes en los dispositivos participantes y no se incluyen intervenciones psicosociales tales como entrenamiento en habilidades sociales, preparación para el trabajo (empleo con apoyo/trabajo protegido) entre otros, que responden de manera más amplia al concepto psicosocial de tratamiento (Kramers-Olen, 2014).

El **tercer objetivo** buscaba evidenciar si las variables actitudinales, cognitivas y de bienestar de los proveedores de salud mental en su contexto laboral, influyen en el Estigma.

En primer lugar se encontró, de acuerdo a lo esperado, que un mayor Compromiso Organizacional Normativo y Afectivo en los proveedores de salud mental genera un menor deseo de Distancia social. No se hallaron resultados significativos con las Actitudes estigmatizantes. Por otra parte, contrariamente a lo que se esperaba, se halló que cuando existe un mayor Compromiso de Continuidad aumenta la percepción de Estigma.

Estos resultados parecen indicar que los aspectos intrapersonales como los afectos y la lealtad a la organización contribuyen a la intencionalidad de contacto con personas con TMG. Por tanto, la disminución del deseo de Distancia social se ve favorecido cuando los proveedores de salud mental se sienten cómodos en el lugar de trabajo. Esto puede explicarse porque ajustarse a las normas y comprometerse afectivamente con el lugar de trabajo permitiría una mejor disposición laboral que se traduciría en más cercanía con los usuarios, lo que impactaría en una posible disminución del Estigma.

Por otro lado, es pertinente revisar los resultados de la relación entre el Compromiso organizacional de Continuidad y el Estigma, ya que todos son significativos, pero apuntan en la dirección opuesta a lo esperado.

Al respecto, el Compromiso de Continuidad indicaría un alejamiento en el plano emocional de los usuarios limitándose a una relación estrictamente profesional que se mantendría solo por los incentivos económicos. Este tipo de Compromiso organizacional muestra que los proveedores de salud mental evalúan su continuidad en el trabajo sopesando los costos que implicaría dejarlo; cuando perciben que no tienen otras posibilidades laborales, se mantienen en el lugar de trabajo, pese a no desearlo. Esto puede llevar a mantener distancia en el trabajo y hacia los usuarios.

Además estudios previos evidencian que esta dimensión tiende a alejarse de los componentes afectivos, excepto de la ansiedad (Mignonac & Herrbach, 2004). Claramente implica una evaluación más cognitiva de los costos y beneficios de mantenerse en la organización. Si se relaciona este análisis con el hecho que sobre el 70% de los proveedores de salud mental de la muestra obtenida indicó tener contratos laborales a

plazo fijo o bien a honorarios, se podría deducir que el factor de estabilidad puede ser una variable que influye en la relación del Compromiso que se tiene con el dispositivo y por ende, con la relación directa en el trabajo de atención y cuidados hacia personas con TMG. No obstante se requieren investigaciones que puedan explorar estas hipótesis en profundidad.

Por otra parte, la evaluación de los costos relacionados con el contexto laboral y la continuidad en el trabajo podría tener relación con la profesión. Así lo evidenció el estudio de Burns et al. (2001) el cual evidenció que la identificación organizacional en profesionales médicos se relacionaría más a factores instrumentales tales como beneficios, porcentajes de administración, entre otros. Por tanto un trabajo que no resulta ser lo suficientemente atractivo para un determinado nivel profesional, como el médico, en el ámbito sanitario, implicaría constreñir las actividades laborales al mero trato procedimental, y por ende a evitar comprender o involucrarse con usuarios que presentan algún tipo de trastorno mental grave.

En segundo lugar, se esperaba que los proveedores de salud mental que presentaran mayor Conflicto y Ambigüedad de rol tendrían más estigma hacia usuarios con TMG, lo que no fue encontrado. Se debe considerar que los resultados generales señalaron una baja presencia de ambas variables en la muestra, lo cual podría influir en esto. Por tanto se puede deducir que en la muestra obtenida los proveedores de salud mental no revelan este tipo de conflictos en su ambiente de trabajo.

Una causa de este bajo nivel de conflicto de rol o de ambigüedad de rol puede tener sustento en que en el ámbito sanitario las tareas y actividades asociadas a cada proveedor

de salud mental está bien definida y acotada a las características de cada profesión. Por tanto las expectativas sobre el rol así como la ejecución tiende a ser bastante estable. Algunos estudios en el área de la salud demuestran que efectivamente el conflicto o la ambigüedad tienden a aparecer cuando no hay claridad sobre los casos que administran o los tratamientos que brindan (Bower et al., 2004) y podría ser más frecuente en el ámbito de la atención primaria (Corney, 1999). En el caso del sistema sanitario nacional, el (Ministerio de Salud, 2018) destaca que en el trabajo de salud mental la conformación de equipos se base en la claridad de roles, funciones y responsabilidades de los proveedores de salud mental, lo cual permite orientar el trabajo hacia las necesidades dinámicas de las personas.

El **cuarto objetivo** planteaba analizar la relación entre variables organizacionales de los dispositivos de salud y el nivel de Estigma. En concreto se esperaba que el Clima y Cultura organizacional influyesen en el nivel de Estigma.

Se observaron tres resultados relevantes respecto del Clima organizacional y el Estigma. En primer lugar, y de acuerdo a lo esperado, se encontró que en dispositivos con una mayor percepción de Clima organizacional de Presión, es decir más estresante, se presenta más estigma, lo que es coincidente con la literatura (Aarons & Sawitzky, 2006; Green et al., 2014).

Segundo, a nivel individual, cuando los sujetos perciben un Clima de Cohesión, disminuyen su Distancia social hacia personas con diagnóstico de TMG, es decir climas organizacionales que fomentan el trabajo y la colaboración mutua se relacionan con menor estigma. Podría hipotetizarse que los proveedores de salud que se sienten más unidos a sus

equipos logran reducir el posible rechazo hacia personas con diagnóstico de TMG. Esto puede sustentarse en el apoyo social del lugar de trabajo. Mayor intercambio de ideas, de comunicación en la intervención y coordinación podrían ayudar a los profesionales a afrontar situaciones complejas con los usuarios o simplemente a afrontar las demandas propias del trabajo con usuarios, lo que disminuiría su deseo de distancia social.

Tercero, cuando los proveedores de salud perciben que hay un Clima de Reconocimiento, se observaría una mayor presencia de Creencias estigmatizantes. Este resultado que pudiese parecer contradictorio, se explica pues la dimensión de Reconocimiento apuntaría a responder a acciones referidas al refuerzo contingente, por tanto, alude más a una indicación de control o vigilancia que a una condición de valoración del trabajo. En este sentido, esta dimensión del Clima se orienta a evaluar la búsqueda de aprobación en el trabajo por parte de las jefaturas. Por tanto, el personal de salud cumple con las directrices formales del trabajo, lo que implica mantener un contacto permanente con los usuarios, esto explicaría por qué no se ha visto afectada la Distancia social. No obstante se cumple con lo solicitado, esto no implica una modificación de las actitudes hacia los usuarios, lo que podríamos resumir en la idea “esto es solo un trabajo”.

En resumen, el clima se constituiría como una variable relevante en el ámbito de la salud mental. Diversas investigaciones señalan que la existencia de un entorno laboral adecuado, favorece la satisfacción de los profesionales y técnicos y esto a la vez repercute en resultados y calidad de la atención médica (Greenslade & Jimmieson, 2011; Puch-Ku et al., 2016).

Es importante destacar que la relación del Clima organizacional con el trabajo en salud ha sido reportada en estudios previos, no así con Estigma. No obstante, esta puede ser una aproximación interesante; algunas investigaciones señalan que un mejor Clima organizacional sería esencial para construir un ambiente que estimule el servicio, ya que aumenta las probabilidades que los equipos reporten un mayor compromiso y dedicación en la atención (Clarke et al., 2014; Wright et al., 2003).

Se debe considerar que los resultados obtenidos no son concluyentes, aunque permiten establecer una primera aproximación a dimensiones particulares del Clima que podrían orientar futuras investigaciones.

Finalmente, en el **objetivo cuatro** y respecto a la variable Cultura, se encontró que a mayor Cultura organizacional orientada a la flexibilidad y discreción existe menos Creencias estigmatizantes y Distancia social. Se debe tener en cuenta que en la presente investigación, esta orientación que involucra a la culturas de Clan y Adhocracia, fue representada mayoritariamente por la primera. Dicha Cultura tiende a fomentar el vínculo emocional y una mayor autonomía de las personas. Esto conllevaría a una forma de trabajo más inclusiva, integradora, por tanto menos estigmatizadora que se expresaría en actitudes positivas hacia los usuarios y menor deseo de distancia social.

Por otra parte, pese a esperarse, no se hallaron relaciones entre Cultura organizacional orientada a la flexibilidad y diferenciación y la dimensión de Infantilización y distancia relacional. Estos resultados no son desalentadores. Si bien la relación resultó no ser significativa, va en la dirección esperada.

Las creencias ligadas a la infantilización y dependencia pueden ser más resistentes al cambio pues son formas más sutiles de estigmatización, que no necesariamente sean modificables producto de las orientaciones de trabajo que tenga el dispositivo. Por tanto podrían mantenerse este tipo de creencias aun en dispositivos donde se promueve una cultura más flexible.

No obstante, estos resultados deben ser mirados con cautela. Primero por el hecho que no existen estudios previos que relacionen estas variables, por lo cual los resultados son exploratorios. Por otra parte, y tal como ya mencionamos, la mayor parte de los dispositivos con flexibilidad y discreción, fueron considerados como de Cultura organizacional del tipo Clan.

Considerando estas limitaciones, los resultados obtenidos van en la dirección de reportes previos, donde se reconoce que en organizaciones donde prevalecen Culturas de Clan o Adhocracia, existe mejor disposición y menor tensión en el lugar de trabajo (Dóra et al., 2019), lo que en el caso de los proveedores de salud mental puede ser favorable a una mejor actitud hacia los usuarios.

Por otra parte, las características de las culturas orientadas a la flexibilidad y la discreción pueden contribuir a la prevención de niveles nocivos de estrés relacionado con el trabajo, y de esta forma influir en la relación con los usuarios y en definitiva en el estigma.

**El quinto objetivo** buscaba determinar la relación conjunta de las variables individuales y de los dispositivos de salud en el nivel de estigma. En términos generales se esperaba que el Agotamiento emocional y la Despersonalización tuviesen un efecto

mediador entre el Clima organizacional y el Estigma y entre el Estigma asociativo con el Estigma hacia personas con TMG.

En primer lugar, se hipotetizó que el Agotamiento emocional y la Despersonalización tendrían un efecto mediador entre el Clima organizacional y el Estigma.

Los resultados indicaron que en dispositivos donde existe mayor percepción de Clima organizacional de Presión, los proveedores de salud mental presentan más Despersonalización, lo que contribuye a una mayor presencia de actitudes estigmatizantes.

En estudios previos se ha visto una relación importante entre el Clima y las dimensiones del burnout (Green et al., 2014; Juárez et al., 2014; Maslach et al., 2001) y entre las dimensiones del burnout y Estigma (Holmqvist & Jeanneau, 2006; Lauber et al., 2000). Por lo que los resultados obtenidos en la presente investigación permiten corroborar las relaciones existentes entre Clima de presión, asociado al burnout, en este caso a la Despersonalización, con el Estigma presente entre proveedores de salud mental.

La Despersonalización surge cuando existe una falta de recursos psicológicos y emocionales por parte de las personas para afrontar los desafíos que el medio ofrece y se considera que precede al Agotamiento emocional (Leiter et al., 2008). Se puede decir que la Despersonalización actúa como una estrategia evitativa de afrontamiento que permite a los proveedores de salud alejarse de aquellas situaciones que le resultan conflictivas, en lugar de enfrentarlas y resolverlas, constituyéndose en el indicador más relevante de los procesos de desgaste laboral (de los Ríos-Castillo et al., 2007; Moreno et al., 2001).

En base a los resultados se podría considerar que un ambiente laboral estresante, influye en los proveedores de la salud mental, haciendo que sus actitudes hacia los usuarios sean más negativas, lo que contribuye al Estigma.

El Agotamiento emocional no arrojó resultados significativos, por lo que debe ser analizado con mayor profundidad. Como se mencionó anteriormente, esta dimensión suele presentar resultados significativos cuando se relaciona con Estigma (Holmqvist & Jeanneau, 2006; Zaninotto et al., 2018), pero también parece ser una dimensión más profunda del burnout, ya que se da luego de haber pasado por la Despersonalización. Una hipótesis que podría explicar los resultados obtenidos es que esta variable se asociaría más directamente a variables de nivel individual y no a variables que implican grupalidad tal como el Clima. Así, estudios previos apoyan esta hipótesis, demostrando que el Agotamiento emocional arroja resultados significativos con variables individuales como percepción de control sobre el trabajo (Sorgaard et al., 2010), profesión (Johnson et al., 2012) percepción de sobrecarga de trabajo y con el compromiso organizacional (O'Connor et al., 2018). Sería interesante poder profundizar esta hipótesis en futuras investigaciones.

Por otra parte se observaron efectos directos del Clima Organizacional de Reconocimiento e Innovación en las Creencias Estigmatizantes. Puede parecer contra lo esperado que aspectos positivos del Clima aumenten el estigma.

Esto podría deberse a que las dimensiones del Clima organizacional de Reconocimiento e Innovación apuntan, por un lado, a la percepción que tienen los proveedores sobre las jefaturas y su evaluación de la ejecución de tareas, y por otro, a la

percepción de procesos innovadores donde se toman riesgos en algunas áreas de trabajo. Siguiendo lo planteado anteriormente sobre el Clima de Reconocimiento y la estigmatización, se puede señalar que en este ambiente se fomentan mecanismos de control en el trabajo, produciendo un efecto de refuerzo contingente centrado en la realización adecuada de tareas ceñida a los procedimientos formales. Esto implicaría, que las percepciones y relaciones con los usuarios se mantienen dentro de los cánones esperados, es decir “tradicionales” lo que se asocia a creencias negativas hacia los usuarios.

Respecto al Clima de Innovación, este fomentaría el riesgo, lo que puede generar sensación de inseguridad en un ámbito laboral que se caracteriza más bien por la estabilidad y la claridad de las tareas y acciones. Por tanto su presencia implicaría que los proveedores de salud mental podrían evitar nuevos desafíos en las intervenciones con los usuarios por temor. Una nueva intervención implica una nueva forma de ver lo que le ocurre a la persona, por tanto de conceptualizarla. En la medida que se mantengan creencias “tradicionales” estigmatizantes, no es necesario cambiar la percepción del usuario, por tanto innovar.

En segundo lugar, se esperaba que el Agotamiento emocional y la Despersonalización tendrían un efecto mediador entre el Estigma asociativo y el Estigma hacia personas con TMG.

Se encontró que cuando existe Estigma asociativo en los proveedores de salud mental, aumenta la Despersonalización lo que se relaciona con la presencia de más Actitudes estigmatizantes.

Por otro lado, cuando los proveedores de salud mental perciben más actitudes negativas hacia su labor, aumenta el Agotamiento emocional lo que se asocia con un mayor deseo de Distancia social.

En esta línea, se ha encontrado que la percepción que tienen los proveedores de salud mental de ser estigmatizados por el trabajo que realizan se relacionaba con la presencia de Despersonalización (Verhaeghe & Bracke, 2012). La Despersonalización mediaría la relación, pues podría ser considerada como estrategia de afrontamiento ante el estigma que vive el personal de salud producto de su labor, a su vez esta estrategia influiría en las actitudes estigmatizantes hacia los usuarios. Por lo tanto, cuando el Estigma asociativo y la Despersonalización aparecen, podrían influir en las condiciones de trabajo de los proveedores de servicios de salud, lo que afectaría sus interacciones con los usuarios (Pugh, 2001).

Respecto al Agotamiento emocional, la percepción de los proveedores de salud mental sobre las Actitudes negativas que la población tiene sobre su trabajo se relacionan con el Agotamiento emocional (Verhaeghe & Bracke, 2012). A su vez, los proveedores de salud más agotados (estresados) con su trabajo pueden ser menos receptivos emocionalmente a dar algún tipo de atención y cuidado, por ende, podrían mostrar más Distancia social hacia los usuarios con diagnóstico de TMG (Acker, 2012).

La mediación del Agotamiento emocional ocurre solo para una de las dimensiones del Estigma asociativo y con respecto sólo a la Distancia social, y no sobre Actitudes estigmatizantes que hubiese sido lo esperado, por lo que este resultado podría requerir de una revisión más profunda.

Al observar los efectos directos de las dimensiones del Estigma asociativo con el Estigma, es posible concluir que parte de la varianza no es explicada por las variables mediadoras por lo que es necesario indagar sobre alguna otra variable.

Respecto de los efectos directos se puede señalar que se observaron efectos de supresión entre las dimensiones del Estigma asociativo. Es decir, cuando aumenta la percepción de actitudes negativas hacia el trabajo, se observaría menos Estigma. En cambio, para la dimensión de Vergüenza a la revelación, cuando se presenta más vergüenza sobre revelar el lugar de trabajo, aumenta el Estigma.

El hecho que las direcciones de los efectos sean distintos, puede ser explicado por el efecto de supresión, el cual según Cohen et al. (2003) señalan que “una variable X que, aunque no se correlaciona con el criterio Y, sí se correlaciona con la medida disponible del predictor, X1 y por lo tanto agrega una varianza irrelevante a X1 y reduce su relación con Y” (p. 78).

Se puede hipotetizar que este efecto directo de la actitud negativa hacia el trabajo en contra de lo esperado se debe a un efecto de supresión en el cual se controla la varianza común de la actitud negativa con la vergüenza a la revelación, que es irrelevante para la predicción de la Distancia social.

Esto fue confirmado al revisar que en las correlaciones simples entre Actitudes negativas hacia el trabajo y las medidas de estigma, ninguna fue significativa, en cambio en la mediación la relación se vuelve positiva.

Ante esta situación es importante considerar que la dimensión de Vergüenza a la revelación al parecer, es una variable relevante en términos de estigmatización, incluso más que la Actitud negativa hacia el trabajo en salud mental.

En resumen, se pudo comprobar que la Despersonalización actúa como variable mediadora cuando se relacionan variables propias de los dispositivos como el Clima organizacional y el Estigma. No ocurre lo mismo con la función mediadora del Agotamiento emocional.

Por otra parte es posible observar efectos de supresión entre las variables de estigma asociativo cuando se observan las correlaciones directas. Por estos motivos, es necesario profundizar más en estos resultados.

Es importante por tanto considerar que la presencia de dimensiones del burnout como las descritas (Despersonalización y Agotamiento emocional) presentarán algún tipo de relación con el Estigma, por lo cual deben ser abordadas por los equipos de trabajo o bien por el dispositivo en su conjunto para evitar que estas incrementen actitudes estigmatizantes o deseo de distancia social hacia usuarios con TMG.

**En el quinto objetivo** también se hipotetizó que el Clima organizacional moderaría la relación entre Cultura organizacional y variables actitudinales, cognitivas, de bienestar, estigma asociativo, las que a su vez se asociarían al Estigma.

Para revisar el carácter moderador de la variable de Clima se hicieron análisis considerando tres instancias: la moderación de Clima entre Cultura y variables actitudinales, cognitivas, de bienestar y estigma asociativo; la moderación de Clima entre Cultura y Estigma; y la moderación entre variables actitudinales, cognitivas, de bienestar,

estigma asociativo y Estigma.

A nivel general, los resultados indicaron que el clima modera en las tres instancias por tanto se cumple lo esperado en la hipótesis planteada.

Para el primer análisis, se observó que el Clima organizacional modera todas las relaciones entre la variable de Cultura y las variables actitudinales, cognitivas, de bienestar y estigma asociativo. Al indagar en las moderaciones específicas, estas evidenciaron que las dimensiones de Clima organizacional de Presión, Cohesión, Apoyo y Reconocimiento mostraron relaciones de moderación más fuertes que el resto. En particular destacaron las moderaciones en la relación de variables de Cultura y las variables de Compromiso organizacional Normativo, Agotamiento emocional y Vergüenza a la revelación.

La segunda parte de los análisis referida a las moderaciones del Clima entre Cultura y Estigma reportó a nivel general moderaciones sólo con las Actitudes estigmatizantes. Luego al revisar las moderaciones específicas, estas solo fueron significativas para las Creencias estigmatizantes. Aquí se pudo observar que en particular, el Clima de Confianza actúa como un factor protector dado que su presencia en dispositivos donde existe Cultura de Clan o Jerarquía, hace disminuir la presencia de dichas creencias.

Finalmente, para la revisión de las moderaciones entre variables actitudinales, cognitivas, de bienestar, estigma asociativo y el Estigma, la cantidad de variables no permitió aplicar el modelo de moderación de cruces totales usado anteriormente, por lo que se desarrolló un modelo en base a una estrategia incremental de variables que implicó delimitar las variables incluidas en él.

En este sentido, los resultados obtenidos responden al modelo más parsimonioso y que involucró dos tipos de Clima organizacional: Innovación y Apoyo.

En base a esto, los resultados obtenidos indicaron que el Clima de Innovación y Apoyo modera la relación entre Compromiso organizacional Afectivo, Normativo, Conflicto de rol y Agotamiento emocional y la variable de Infantilización y distancia relacional.

En cuanto a los resultados que involucran la percepción de Clima organizacional a nivel de dispositivo se puede indicar que el Clima de Apoyo se observa como un factor protector dado que cuando disminuye su presencia, la relación entre agotamiento emocional e Infantilización y distancia relacional aumenta, en cambio cuando aumenta su presencia, esta relación disminuye. Lo mismo ocurre entre el Compromiso organizacional Normativo y la Infantilización y distancia relacional. En este sentido, los estudios señalan que climas organizacionales que promueven el apoyo y la contención tienden a generar actitudes más positivas hacia el trabajo (Aarons & Sawitzky, 2006).

Por otra parte, la moderación del Clima de Innovación entre el Agotamiento emocional con la Infantilización y distancia relacional, señala que si el dispositivo presenta un menor Clima de Innovación (disminuye sus riesgos en cuanto a cambios o creatividad en roles y tareas), la presencia de Agotamiento emocional disminuye la percepción de Infantilización y distancia relacional. Si ese clima aumenta, entonces una mayor presencia de Agotamiento emocional implica una mayor percepción de Infantilización y distancia relacional.

En este sentido, un dispositivo que fomenta un ambiente innovador, con mayores riesgos o desafíos puede transformarse en una carga laboral importante que desgastara emocionalmente a los proveedores contribuyendo al desarrollo de actitudes estigmatizantes. Lo mismo ocurre en la moderación de este Clima y el compromiso organizacional normativo con Infantilización y distancia relacional.

En general se ha observado en otras investigaciones que un clima organizacional innovador es esperable en el ámbito de la salud producto de los cambios y ajustes que se tienen. No obstante la conceptualización de la Innovación con la cual se trabajó implica desafíos laborales que incluyen la posibilidad de que los trabajadores de salud mental desempeñen tareas que les puedan ser desconocidas o incluso laborar en áreas donde han tenido poca experiencia. Por tanto, si los proveedores ya presentan Agotamiento emocional o bien su Compromiso se basa en la norma, este clima innovador podría hacerlos sentir amenazados al proponerse nuevos escenarios laborales que pueden ser vistos como poco estables. De este modo podría inducir a resistencias al cambio lo que en el ámbito sanitario significaría no modificar creencias o actitudes ya establecidas con ciertos grupos de atención tales como los casos con TMG.

En general, los resultados evidencian que la variable de Clima actúa como moderadora entre variables del contexto organizacional y el Estigma. Los análisis multivariados presentan variaciones en términos de cantidad de variables regresoras y de capacidad explicativa.

Es importante destacar que la mayoría de los cruces significativos encontrados son interacciones disordinales. Esto es clave para entender que las variables, de forma

independiente, no tienen un peso por sí mismas en el Estigma, sino que es el Clima organizacional el que da sentido a las relaciones. Es decir, esta variable cuando actúa como moderadora, genera cambios bruscos en la magnitud y dirección de dichas relaciones. Así, tanto la disminución como el aumento de la variable de clima genera un efecto notorio.

En este sentido, se pudo evidenciar que el mismo tipo de Clima bajo distintas Culturas modera de una forma que el efecto resulta ser diametralmente distinto en el Estigma. Lo mismo ocurre en las moderaciones del Clima entre Cultura y variables actitudinales, cognitivas, de bienestar y estigma asociativo y las moderaciones entre variables actitudinales, cognitivas, de bienestar, estigma asociativo y Estigma.

Estos análisis resultan ser sumamente novedosos y relevantes en el estudio del Estigma en el ámbito sanitario. Las investigaciones previas que plantean a la variable Clima como moderadora son escasas y se orientan a otros focos de estudio sobre organizaciones.

Otro aspecto importante en relación a la variable de Clima organizacional es que los resultados en algunos casos resultan contraproducentes, es decir, Climas que podrían considerarse propicios para el trabajo en salud mental, en algunos casos moderan relaciones que incrementarían el Estigma. Por esto es necesario profundizar en la estructura de los resultados en términos de los componentes a nivel individual o de dispositivo de las variables.

En esta línea, los resultados de las moderaciones específicas muestran que el Clima actúa como variable moderadora tanto a nivel individual como de dispositivo. Esto corrobora lo señalado por algunos autores que se refieren a esta dualidad, la que es

explicada en base a dos categorías: a nivel individual se hablaría de un clima psicológico y por otro lado cuando se perciben climas psicológicos agregados se denominaría clima organizacional (Chiang et al., 2008; James et al., 2008).

En el caso de las dimensiones de Cultura se observaron moderaciones que involucraron a esta variable tanto a nivel individual como a nivel de dispositivos, mientras que en las variables actitudinales, cognitivas, de bienestar y estigma asociativo se observaron solo a nivel individual.

Esto corrobora que el Compromiso organizacional, las dimensiones del burnout, el Estigma asociativo, la Ambigüedad y Conflicto de rol apuntan a condiciones más intrapersonales que a condiciones grupales.

En resumen, se puede constatar que el Clima organizacional es una variable que modera las relaciones entre diversas variables del contexto organizacional y el Estigma.

Es en este contexto, las dimensiones del Clima organizacional pueden actuar como factores protectores o de riesgo del Estigma. Por este motivo el efecto moderador del Clima es importante para comprender el peso de cada variable en el estigma.

Finalmente se puede considerar que estos análisis exploratorios post hoc permiten determinar con un poco más de precisión algunas variables que podrían considerarse relevantes en futuras e investigaciones. Esto es, desarrollar un modelo más reducido considerando las dimensiones de Clima que presentaron moderaciones significativas: Cohesión, Presión, Apoyo, Reconocimiento, Confianza e Innovación. Del mismo modo, variables del contexto como Compromiso organizacional, Dimensiones de Burnout y Conflicto de rol. Un modelo más preciso podría ayudar a definir más claramente las

variables del entorno laboral que contribuirían al desarrollo del estigma en proveedores de la salud mental. De este modo, futuras investigaciones deberían centrarse en distinguir el tipo de Clima organizacional presente para intervenir en este. Como señalan Aarons and Sawitzky (2006), es probable que para cualquier intervención sea más fácil trabajar con el clima antes que fomentar un cambio cultural.

En la **última hipótesis** del quinto objetivo se esperaba que las variables individuales (nivel 1) tendrían más influencia en el estigma de los proveedores de salud mental que las variables de los dispositivos de salud (nivel 2).

Se encontró que variables individuales siguen el patrón esperado, es decir tienen más peso que las de los dispositivos de salud, pero solo para las Actitudes estigmatizantes, no obstante las diferencias no son significativas. Por otra parte, contrariamente a lo esperado, las variables de los dispositivos de salud tienen un mayor peso en la Distancia social de los proveedores hacia los usuarios con TMG que las individuales.

Similar a resultados de estudios anteriores, la variable de Distancia social suele no asociarse a variables de carácter más individual, como las sociodemográficas (Jorm & Oh, 2009).

Esto determinó rechazar la hipótesis planteada, dado que en los resultados no se encontraron diferencias significativas según lo esperado, se buscó a través de análisis post hoc determinar que variables tendrían mayor importancia para la predicción del Estigma.

En primer lugar se debe tener en cuenta que la importancia de cada variable con respecto al  $R^2$  total es pequeña tanto para las variables individuales como para las de dispositivos. Esta situación no es inusual. Investigaciones previas señalan que esto ocurriría cuando en los análisis multinivel se presentan indicadores subjetivos como variables dependientes (Van Houtte, 2006; Verhaeghe & Bracke, 2007).

A través del análisis de dominancia se trató de determinar las variables más importantes, que al ser incorporadas a un modelo aumentan su capacidad predictiva.

De acuerdo a los resultados se pueden destacar las variables dominantes a nivel individual y a nivel de dispositivos por cada medida de Estigma. Los resultados señalaron que las variables más dominantes a nivel individual son el tipo de profesión que poseen los proveedores de salud mental, la dimensión del Estigma asociativo de Vergüenza a la revelación y las dimensiones del Clima organizacional de Cohesión, Reconocimiento y Apoyo.

La profesión contribuye significativamente a que proveedores de salud mental presenten actitudes estigmatizantes hacia los usuarios. Como ya se apreció en los resultados iniciales, las profesiones ligadas al área biomédica presentan más actitudes negativas hacia los usuarios, lo que refuerza la importancia de la formación profesional como un factor clave en el estigma.

La percepción de Vergüenza a la revelación, contribuye significativamente a que los proveedores de salud mental presenten actitudes infantilizadoras y de distancia relacional hacia sus usuarios. Esta variable también mostró importancia en los análisis de mediación y moderación. Al parecer sentir temor a expresar los propios problemas de

salud mental, más que influir en la presencia de actitudes negativas hacia los usuarios, contribuye a tener una visión menoscabada de las personas y un deseo de no relacionarse con ellas. Tal vez los proveedores de salud se ven reflejados en sus usuarios lo que genera estas reacciones, no obstante se requieren investigaciones que profundicen en estas hipótesis.

Por otra parte, son las dimensiones del Clima organizacional las que se relacionan con la Distancia social. En particular los Climas de Cohesión, Apoyo y Confianza aparecen como las más dominantes.

Las variables dominantes a nivel de dispositivos fueron las de Servicio de salud, la Despersonalización y Cultura organizacional de Mercado.

La pertenencia a un servicio de salud contribuye significativamente a que en los dispositivos se presenten más creencias estigmatizadoras hacia los usuarios.

Como se discutió anteriormente, este resultado podría corroborar que determinadas características de los servicios de salud pueden tener influencia en el desarrollo, mantención o aumento de estigma entre proveedores. Así, se podría considerar que una serie de variables que se anidan en la variable Servicio de Salud podrían explicar la importancia de esta. De este modo, características de la población (urbano-rural), el nivel de implementación del modelo comunitario, la cantidad de dispositivos y población asignada podrían ser variables de control relevante para el estudio del Estigma en el ámbito de la atención en salud mental.

Por otra parte, en los dispositivos en que los proveedores de salud mental tienen más Despersonalización, se presenten más actitudes infantilizadoras y distancia

relacional. En la medida, como ya hemos señalado que la Despersonalización es una estrategia de afrontamiento evitativa del personal de salud mental, no es extraño pensar que contribuya a aumentar la distancia relacional asociada a una mirada infantilizadora de los usuarios.

Finalmente, los dispositivos donde se percibe Cultura organizacional de Mercado contribuyen significativamente a que estos presenten mayor deseo de Distancia social. La presencia de dispositivos orientados a metas y a una mayor competitividad podría significar centrarse más bien en la producción de resultados más que en la implicación afectiva o cercana con los usuarios, por tanto el contacto en la atención podría reducirse en función del cumplimiento de metas burocráticas, lo que aumentaría el deseo de distancia social.

En resumen, futuras investigaciones deberían incluir variables de nivel individual y de dispositivos para entender el estigma, en particular tipo de profesión, servicio de salud, estigma asociativo, despersonalización, dimensiones de Clima y Cultura.

### **7.1 Consideraciones metodológicas**

Respecto de la metodología utilizada para la investigación, se puede señalar que es pertinente y coincide con estudios previos. La literatura señala el predominio de investigaciones transversales (Kingdon et al., 2004; Lauber et al., 2004; Nordt et al., 2006). Asimismo, el tipo de muestra utilizada es similar a lo reportado por otras investigaciones donde destacan principalmente muestras aleatorizadas de grupos

objetivos, combinación de muestras aleatorizadas y muestras por conveniencia de grupos objetivos (Mak et al., 2007).

Respecto del uso de modelos multinivel, existe también evidencia de investigaciones similares a la actual (Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Maj, et al., 2004; Nordt et al., 2006).

Por otra parte, se puede señalar que algunas dificultades encontradas en el desarrollo de la investigación fueron la carencia de listas de profesionales o registros formales para su ubicación. Esto coincide con lo ocurrido en el estudio de Nordt et al. (2006), lo cual se resolvió considerando el criterio censal para acceder a los profesionales y técnicos en salud mental.

El tipo de estudio realizado marca un precedente importante en las investigaciones Latinoamericanas, dado que revisiones sistemáticas señalan la predominancia de estudios de carácter cualitativo en esta zona geográfica. Entre los estudios cuantitativo, son pocos los que abordan a los profesionales (Des Courtis et al., 2008; Mascayano et al., 2016; Mora-Rios et al., 2013).

## **7.2 Limitaciones.**

Las principales debilidades del estudio se relacionan con los siguientes aspectos:

En cuanto a la muestra se debe considerar que este estudio contó principalmente con la participación voluntaria de proveedores de la salud. Si bien se consideró a la totalidad de los equipos, esto no ocurrió en general por lo que pueden surgir sesgos relacionados con la selección.

La cantidad de variables consideradas en el estudio, si bien permitieron una revisión exhaustiva sobre el contexto laboral, afectaron algunos análisis reduciendo la capacidad predictora de algunos estadísticos.

En esta línea también se debe mencionar que la diversidad teórica para definir algunas de las variables del contexto organizacional han limitado la posibilidad de comparación de resultados con estudios anteriores. Lo mismo ocurre con la escasa investigación que vincula variables de contexto organizacional y el Estigma en el ámbito de la salud mental.

En cuanto a los instrumentos, se debe tener cautela con las interpretaciones y resultados relacionados con la escala de Estigma asociativo. Si bien su confiabilidad a nivel general es buena, la dimensión de Vergüenza a la revelación resultó ser débil. Además, algunas de las medidas de variables organizacionales del ámbito de la salud no han sido validadas rigurosamente con poblaciones similares (ámbito de la salud).

Por otro lado, desde los sujetos de estudio pueden ocurrir sesgos de información ligados a la memoria, fatiga o bien la decisión de participar versus no hacerlo, con lo cual dicha situación introduciría un error diferencial o no aleatorio. Como señala la literatura, el impacto de este error es difícil de predecir, ya que puede subestimar o sobreestimar la asociación real (Hernández-Avila et al., 2000).

### **7.3 Proyecciones.**

Son escasas las investigaciones donde se ha examinado el estigma en proveedores de la salud mental que pertenezcan a diferentes dispositivos, por lo que esta investigación es el primer estudio multinivel de estigma en proveedores de la salud hacia personas con trastornos mentales graves realizado en Latinoamérica y que involucra a dos niveles de atención en salud.

El estudio abre el cuestionamiento hacia variables del contexto laboral que requieren de un mayor y profundo análisis. Esto es fundamental para el área de la salud mental si se considera que parte de las brechas de atención en esta área se deben principalmente al estigma social, al estigma de los proveedores de la salud mental y finalmente al autoestigma de las personas diagnosticadas.

Los proveedores de la salud están en una posición única respecto de las personas con diagnóstico de TMG. Por esto sus actitudes no sólo determinarían el sentir de los usuarios, sino que también impactan en cómo reacciona la población general hacia ellos.

Para investigaciones futuras podría considerarse la evaluación del conocimiento de TMG, así como el contacto a nivel personal de los proveedores de salud dado que es una variable que puede influir en el hecho de mantener ciertos mitos o creencias erróneas.

Finalmente, como fuente de producción para la investigación, este estudio permitió desarrollar dos instrumentos sobre el estigma los cuales constituyen un aporte ante la escasa presencia de instrumentos validados y en español que pueden ser utilizados en futuras investigaciones con proveedores de salud mental.

## 7.4 Conclusiones.

En síntesis las principales conclusiones del estudio son:

1. Los análisis revelaron la existencia de determinantes tanto a nivel de individuos como a nivel de dispositivos que están presentes en la estigmatización hacia usuarios en salud mental, lo que corroboraría los resultados previos presentados en la literatura (Verhaeghe & Bracke, 2007). Lo anterior puede conllevar a generar una hipótesis que considere aquellas variables que tienden a ser dominantes y las que demostraron un efecto significativo en las moderaciones. En particular variables individuales como tipo de profesión, edad, años de estudio, educación o formación posterior a la carrera profesional, estigma asociativo, Agotamiento emocional, Despersonalización y Compromiso organizacional. A nivel de dispositivos son importantes: nivel de atención, dimensiones de Clima organizacional de Presión, Apoyo, Reconocimiento, Cohesión y Cultura organizacional.
2. Si bien los niveles de Estigma son bajos en general, el encadenamiento de determinadas variables personales y del contexto organizacional pueden incrementar la presencia del Estigma hacia usuarios con TMG.
3. Mayor estigma se observó entre profesionales del área biomédica, con menos años de educación (formación profesional o entrenamiento profesional).
4. Entre profesionales psicólogos y trabajadores sociales se observó menos estigma cuando tienen más edad y más años de trabajo en el área de la salud mental.
5. Proveedores de salud mental con mayor nivel de compromiso organizacional Afectivo y normativo presentan menos Estigma.

6. Menor nivel de estigma se observó en dispositivos pertenecientes al servicio de Salud Arauco. Existe evidencia que dicho Servicio destaca a nivel nacional por una mayor presencia de equipos en cada comunidad, territorializados, y con una población asignada que permite un abordaje acorde al Modelo Comunitario (Ministerio de Salud, 2018).
7. Menor nivel de estigma en dispositivos de atención secundaria puede relacionarse al conocimiento sobre TMG y contacto diario con usuarios.
8. La variable de Despersonalización actúa como mediadora entre el Estigma asociativo y las actitudes estigmatizantes. Por otra parte, la variable de Agotamiento emocional actúa como mediadora entre la dimensión del Estigma asociativo de Actitudes negativas hacia el trabajo y la Distancia Social.
9. La variable de Clima organizacional tiene efecto moderador sobre la relación entre variables del contexto laboral y el Estigma hacia personas con TMG. En particular la presencia de Clima de Presión actúa como factor de riesgo, en cambio Clima de Apoyo, actúa como factor protector.
10. La Cultura organizacional más centrada en la flexibilidad y la diferenciación tiende a presentar menos Estigma.
11. No se observaron diferencias significativas entre variables individuales y de dispositivos, no obstante este resultado, los análisis de dominancia señalaron algunas variables relevantes para considerar en futuros modelos de estudio: a nivel individual, profesión, dimensión de Estigma asociativo de Vergüenza a la revelación y dimensiones de Clima de Cohesión, Reconocimiento y Apoyo. A nivel de dispositivos, pertenencia a un determinado servicio de salud (la cual podría ser desglosada en población urbano-rural,

el nivel de implementación del modelo comunitario, la cantidad de dispositivos y población asignada), Despersonalización y Cultura de Mercado.

12. Las escalas elaboradas para el estudio demostraron tener buenas propiedades psicométricas para evaluar actitudes estigmatizantes y Estigma asociativo. No obstante se requieren de más aplicaciones para confirmar los resultados.

## 8 BIBLIOGRAFÍA

- Aarons, G. A., & Sawitzky, A. C. (2006). Organizational Climate Partially Mediates the Effect of Culture on Work Attitudes and Staff Turnover in Mental Health Services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(3), 289-301. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0039-1>
- Acker, G. M. (2010, Dec). The challenges in providing services to clients with mental illness: managed care, burnout and somatic symptoms among social workers. *Community Mental Health Journal*, 46(6), 591-600. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9269-5>
- Acker, G. M. (2012). Burnout among mental health care providers. *Journal of Social Work*, 12(5), 475-490. <https://doi.org/10.1177/1468017310392418>
- Ahmenadi, B. (2011). Mental health stigma: society, individuals and the profession. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 8(2), 4-1-16.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: Systematic review of population studies. *British Journal of Psychiatry*, 199(5), 367-372. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085563>
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003, Oct). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 304-309. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Corrigan, P. W. (2004, Aug 1). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research* 69(2-3), 175-182. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(03\)00186-5](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(03)00186-5)
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., & Livaditis, M. (2009, Aug). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 44(8), 658-665. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0481-3>
- Benjamini, Y., & Hochberg, Y. (1995). Controlling the False Discovery Rate: A Practical and Powerful Approach to Multiple Testing. *Journal of the Royal Statistical*

*Society: Series B (Methodological)*, 57(1), 289-300.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1995.tb02031.x>

- Bentley, K. J., & Taylor, M. F. (2002). Assisted outpatient treatment/commitment: A step forward or backward for mental health systems and clients? In H. J. Karger & J. Midgeley (Eds.), *Controversial issues in social policy* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Bjorkman, T., Angelman, T., & Jonsson, M. (2008, Jun). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 170-177.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x>
- Blaine, B. E. (2013). *Understanding the psychology of diversity* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Borgeat, M., Luengo-Charat, X., Arancibia, M., & Madrid, E. (2018). Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) Ethical Guidelines: advancements and unsolved topics in 2016 upgrade. *Medwave*, 18(2), e7184.  
<https://doi.org/10.5867/medwave.2018.02.7208>
- Bower, P., Jerrim, S., & Gask, L. (2004). Primary care mental health workers: role expectations, conflict and ambiguity. *Health & Social Care in the Community*, 12(4), 336-345. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2004.00503.x>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and desing*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burns, L. R., Alexander, J. A., Shortell, S. M., Zuckerman, H. S., Budetti, P. P., Gillies, R. R., & Waters, T. M. (2001). Physician Commitment to Organized Delivery Systems. *Medical Care*, 39(7), I-9-I-29. [https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2001/07001/Physician\\_Commitment\\_to\\_Organized\\_Delivery\\_Systems.2.aspx](https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2001/07001/Physician_Commitment_to_Organized_Delivery_Systems.2.aspx)
- Caldwell, T. M., & Jorm, A. F. (2001, Mar). Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public and other healthcare professionals. *Aust N Z J Ment Health Nurs*, 10(1), 42-54. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2001.00190.x>
- Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2011). *Diagnosing and changing organizational culture: Based on the competing values framework*. (3rd. ed.). San Francisco: John Wiley & Sons.

- Capasso, R. M., Lineberry, T. W., Bostwick, J. M., Decker, P. A., & St Sauver, J. (2008, Jan). Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: an Olmsted County, Minnesota cohort: 1950-2005. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 287-294. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.10.005>
- Carrada, T. (2002). ¿ Por qué estudiar la cultura? *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 40(3), 203 - 211.
- Castillejos, M. C., Bordallo, A., Aguilera, D., & Moreno-Küstner, B. (2019, 2019/04/13). Perceptions about mental illness among general practitioners. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0284-9>
- Catalán-Reyes, M., & Galindo-Villardón, M. (2003). Utilización de los modelos multinivel en investigación sanitaria. *Gaceta Sanitaria* 17, 35 - 52.
- Cechnicki, A., Angermeyer, M. C., & Bielanska, A. (2011, Jul). Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(7), 643-650. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0230-2>
- Charles, J. L. K. (2013). Mental Health Provider-Based Stigma: Understanding the Experience of Clients and Families [Article]. *Social Work in Mental Health*, 11(4), 360-375. <https://doi.org/10.1080/15332985.2013.775998>
- Charles, J. L. K. (2015). *Measuring mental health provider stigma: the development of a valid and reliable self-assessment instrument*. [Doctoral Thesis, Virginia Commonwealth University]. Virginia.
- Chee, C. Y., Ng, T. P., & Kua, E. H. (2005, Aug). Comparing the stigma of mental illness in a general hospital with a state mental hospital: a Singapore study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 648-653. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0932-z>
- Chiang, M., Núñez, A., Martín, M. J., & Salazar, M. (2010). Compromiso del Trabajador hacia su Organización y la relación con el Clima Organizacional: Un Análisis de Género y Edad. *Panorama Socioeconómico*, 28(40), 90-100. <https://doi.org/https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=399/39915685007>
- Chiang, M., Salazar, C., Huerta, P., & Nuñez, A. (2008). Clima organizacional y satisfacción laboral en organizaciones del sector estatal (Instituciones públicas) Desarrollo, adaptación y validación de instrumentos. *Universum*, 23(2), 66-85. *Universum*, 23(2), 66 - 85.

- Chiang, M. M., Gómez, N. M., & Wackerling, L. M. (2016). Compromiso organizacional del funcionario municipal rural de la Provincia de Nuble, Chile. *Ciencia & trabajo*, 18(56), 134-138. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000200010>
- Chiang, M. M., Salazar, C. M., Martín, M. J., & Nuñez, A. (2011). Clima organizacional y satisfacción laboral: Una comparación entre hospitales públicos de alta y baja complejidad. *Salud de los Trabajadores*, 19, 05-16. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-01382011000100002&nrm=iso](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382011000100002&nrm=iso)
- Chuaqui, J. (2005). El estigma en la esquizofrenia. *Ciencias Sociales*, 2(1), 45-66.
- Clarke, D., Usick, R., Sanderson, A., Giles-Smith, L., & Baker, J. (2014). Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: A literature review and thematic content analysis [Article]. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 273-284. <https://doi.org/10.1111/inm.12040>
- Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Flach, C., Lazarus, A., de Castro, M., McCrone, P., Norman, I., & Thornicroft, G. (2012, Jul). Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 201(1), 57-64. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093120>
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. Mahwah, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780203774441>
- Cohen, N. (1990). Stigma is in the eye of the beholder. A hospital outreach program for treating homeless mentally ill people. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 255 - 258.
- Coldwell, C. M., & Bender, W. S. (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 393-399.
- Conejo Ceron, S., Moreno Peral, P., Morales Asencio, J. M., Alot Montes, A., Garcia-Herrera, J. M., Gonzalez Lopez, M. J., Quemada Gonzalez, C., Requena Albarracin, J., & Moreno Kustner, B. (2014, May-Aug). [Opinions of healthcare professionals on the definition of severe mental illness: a qualitative study]. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(2), 223-233. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25189980>

- <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/download/28316/15851> (Opiniones de los profesionales del ambito sanitario acerca de la definicion de trastorno mental grave. Un estudio cualitativo.)
- Corney, R. (1999, 1999/01/01). Mental health services in primary care: The overlap in professional roles. *Journal of Mental Health*, 8(2), 187-194. <https://doi.org/10.1080/09638239917553>
- Corrigan, P., Druss, B., & Perlick, D. (2014, Oct). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003, Jun). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162-179. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12866388>
- Corrigan, P., Watson, A., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology* 25(8), 875-884. <https://doi.org/https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin* 27(2), 219-225. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006868>
- Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 52(4), 451-457. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001>
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin* 30(3), 481-491. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rusch, N. (2012, Oct). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R., Uphoff-Wasowsky, K., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., & Gagnon, C. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28(1), 91-102. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200001\)28:1<91::AID-JCOP9>3.0.CO;2-M](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200001)28:1<91::AID-JCOP9>3.0.CO;2-M)

- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., & Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187-195. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865>
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010, Dec). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907-922. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16 - 20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/pdf/wpa010016.pdf>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Heyrman, M. L., Warpinski, A., Gracia, G., Slopen, N., & Hall, L. L. (2005). Structural Stigma in State Legislation. *Psychiatric Services*, 56(5), 557-563. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.557>
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005, Jun). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4(2), 106-113. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16633526>
- Crocker, J., Major, B., & Steel, C. (1998). Social stigma. In Gilbert DT, Fiske ST, & Lindzey G (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (4th ed ed.).
- Crowe, A., & Averett, P. (2015). Attitudes of mental health professionals toward mental illness: a deeper understanding. *Journal of Mental Health Counseling* 37(1), 47 - 62. <https://doi.org/10.17744/mehc.37.1.I23251h783703q2v>
- Crull, S., & Bruton, B. (1979). Bogardus social distance in the 1970s. *Sociology and Social Research*, 63(4), 771-783.
- De la Cruz, F. (2008). Modelos multinivel. *Revista Peruana de Epidemiología*, 12(3), 2-8.
- de los Ríos-Castillo, J. L., Barrios-Santiago, P., Ocampo-Mancilla, M., & Ávila-Rojas, T. (2007). Ríos-Castillo JL, Barrios-Santiago P, Ocampo-Mancilla M, et al. Desgaste profesional en personal de enfermería. Aproximaciones para un debate. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007;45(5):495-504. *Revista Medica del Instituto Mexicano de Seguro Social* 45(5), 493-502.

- Decreto 140. (2006). *Reglamento orgánico de los servicios de salud*. Diario Oficial de la República de Chile. 21 de octubre de 2006.
- Des Courtis, N., Lauber, C., Costa, C., & Cattapan-Ludewig, K. (2008). Beliefs about the mentally ill: a comparative study between healthcare professionals in Brazil and in Switzerland. *International Review of Psychiatry*, 20, 503-509. <https://doi.org/10.1080/09540260802565125>
- Disability Rights Commission. (2006). *Equal Treatment: Closing the Gap: Information for Practitioners*. <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/DRC-Health-FI-main.pdf>
- Dóra, K., Péter, R., Péter, S. Z., & Andrea, C. (2019). The Effect of Organizational Culture on Employee Well-Being: Work-Related Stress, Employee Identification, Turnover Intention *Journal of International Cooperation and Development*, 2(2), 19-35. <https://doi.org/https://doi.org/10.36941/jicd-2019-0010>
- Druss, B. G. (2007). Improving medical care for persons with serious mental illness: challenges and solutions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 Suppl 4, 40-44. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17539699>
- Druss, B. G., Bradford, D. W., Rosenheck, R. A., Radford, M. J., & Krumholz, H. M. (2000, Jan 26). Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *JAMA*, 283(4), 506-511. <https://doi.org/10.1001/jama.283.4.506>
- Endriulaitienė, A., Žardeckaitė-Matulaitienė, K., Markšaitytė, R., Pranckevičienė, A., Tillman, D. R., & Hof, D. D. (2016). Burnout and stigma of seeking help in Lithuanian mental health care professionals. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 254-265. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.15405/epsbs.2016.07.02.25>
- Fang, Q., Zhang, T.-M., Wong, Y. L. I., Yau, Y. Y., Li, X.-H., Li, J., Chui, C. H. K., Tse, S., Chan, C. L.-W., Chen, E. Y. H., & Ran, M.-S. (2020). The mediating role of knowledge on the contact and stigma of mental illness in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 0(0), 1-11. <https://doi.org/10.1177/0020764020975792>
- Feldman, D., & Crandall, C. (2007). Dimensions of mental illness stigma: what about mental illness social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology* 26(2), 137-154. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.2.137>
- Gabbidon, J., Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Brohan, E., Norman, I., & Thornicroft, G. (2013, Mar 30). Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA)

scale-psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. *Psychiatric Research*, 206(1), 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.028>

Gaebel, W., Zäske, H., Zielasek, J., Cleveland, H.-R., Samjeske, K., Stuart, H., Arboleda-Florez, J., Akiyama, T., Baumann, A. E., Gureje, O., Jorge, M. R., Kastrup, M., Suzuki, Y., Tasman, A., Fidalgo, T. M., Jarema, M., Johnson, S. B., Kola, L., Krupchanka, D., Larach, V., Matthews, L., Mellsop, G., Ndeti, D. M., Okasha, T. A., Padalko, E., Spurgeoun, J. A., Tyszkowska, M., & Sartorius, N. (2015, 2015/04/01). Stigmatization of psychiatrists and general practitioners: results of an international survey. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(3), 189-197. <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0530-8>

García-Silberman, S. (2002). Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Pública de México*, 44(4), 289 - 296. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342002000400001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400001&lng=es&tlng=es).

Garman, A. N., Corrigan, P. W., & Morris, S. (2002, Jul). Staff burnout and patient satisfaction: evidence of relationships at the care unit level. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(3), 235-241. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12148955>

Garrido, A., & Álvaro, J. L. (2015). *Psicología Social. Perspectivas Psicológicas y Sociológicas* (2nd. ed.). Madrid: McGraw-Hill.

Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013, Jun). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164. <https://doi.org/10.1002/wps.20040>

Gil-Monte, P. R. (2016). La Batería UNIPSICO: propiedades psicométricas de las escalas que evalúan los factores psicosociales de recursos. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 19, 95-102. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-25492016000200003&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-25492016000200003&nrm=iso)

Glisson, C. (2002). The Organizational Context of Children's Mental Health Services. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(4), 233-253. <https://doi.org/10.1023/A:1020972906177>

Glisson, C., Green, P., & Williams, N. J. (2012). Assessing the organizational social context (OSC) of child welfare systems: Implications for research and practice.

*Child Abuse & Neglect*, 36(9), 621 - 632.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.06.002>

- Glisson, C., & James, L. R. (2002). The cross-level effects of culture and climate in human service teams. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 23(6), 767-794. <https://doi.org/10.1002/job.162>
- Goffman, E. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada* (1st ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gonzalez-Torres, M. A., Oraa, R., Aristegui, M., Fernandez-Rivas, A., & Guimon, J. (2007, Jan). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 14-23. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0126-3>
- Goodman, L. A., Salyers, M. P., Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Swartz, M., Essock, S. M., Osher, F. C., Butterfield, M. I., Swanson, J., Site, H., & Risk Study Research, C. (2001, Oct). Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 615-632. <https://doi.org/10.1023/A:1013026318450>
- Grandón, P., Cova, F., Saldivia, S., & Bustos, C. (2015). Psychometric analysis and adaptation of the Social Distance Scale (DS) in a Chilean sample. *Salud Mental*, 38(2), 117-122. <https://doi.org/https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.016>
- Green, A. E., Albanese, B. J., Shapiro, N. M., & Aarons, G. A. (2014). The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. *Psychological Services*, 11(1), 41 - 49. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/a0035299>
- Greenslade, J. H., & Jimmieson, N. L. (2011, 2011/10/01/). Organizational factors impacting on patient satisfaction: A cross sectional examination of service climate and linkages to nurses' effort and performance. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1188-1198. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.04.004>
- Hanisch, S. E., Twomey, C. D., Szeto, A. C., Birner, U. W., Nowak, D., & Sabariego, C. (2016, Jan 6). The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 16, 1. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0706-4>

- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2013, Feb). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 48-54. <https://doi.org/10.1177/0020764011423176>
- Harangozo, J., Reneses, B., Brohan, E., Sebes, J., Csukly, G., Lopez-Ibor, J. J., Sartorius, N., Rose, D., & Thornicroft, G. (2014, Jun). Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 359-366. <https://doi.org/10.1177/0020764013490263>
- Harma, K., Gombert, A., & Roussey, J. (2014). Attitude et distance sociale des élèves non handicapés à l'égard de leurs pairs handicapés. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 46(3), 414-426. <https://doi.org/10.1037/a0033356>
- Harrell, F. E. (2015). *Regression modeling strategies: With applications to linear models, logistic regression, and survival analysis* [https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-19425-7\\_4](https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-19425-7_4)
- Hausswolf-Juhlin, V., Bjartveit, M., Lindström, E., & Jones, P. B. (2009). Schizophrenia and physical health problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(s.438), 15-21. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01309.x>
- Heflinger, C. A., & Hinshaw, S. P. (2010, Mar). Stigma in child and adolescent mental health services research: understanding professional and institutional stigmatization of youth with mental health problems and their families. *Administration and Policy in Mental Health*, 37(1-2), 61-70. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0294-z>
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss, B., & Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings [Review]. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467-482. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6)
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5th ed.). México: McGraw-Hill.
- Hernández-Avila, M., Garrido, F., & Salazar-Martínez, E. (2000). Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*, 42, 438-446.
- Hilton, J. L., & von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annu Rev Psychol*, 47, 237-271. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.237>

- Hinshaw, S. P. (2005, Jul). The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *J Child Psychol Psychiatry*, 46(7), 714-734. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x>
- Hinshaw, S. P. (2007). *The mark of shame: stigma of mental illness and a agenda for change*. New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199730926.001.0001>
- Hogg, M. A., & Reid, S. A. (2006, Feb). Social identity, self-categorization, and the communication of group norms. *Communication Theory*, 16(1), 7-30. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2006.00003.x>
- Holmqvist, R., & Jeanneau, M. (2006). Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry Research*, 145(2-3), 207-213. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.012>
- Hori, H., Richards, M., Kawamoto, Y., & Kunugi, H. (2011, 2011/04/30). Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrists: A web-based survey in Japan. *Psychiatry Research*, 186(2), 183-189. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.019>
- Humphrey, S. E., Nahrgang, J. D., & Morgeson, F. P. (2007, Sep). Integrating motivational, social, and contextual work design features: a meta-analytic summary and theoretical extension of the work design literature. *Journal of Applied Psychology*, 92(5), 1332-1356. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.5.1332>
- Ishige, N., & Hayashi, N. (2005, Feb). Occupation and social experience: Factors influencing attitude towards people with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(1), 89-95. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2005.01337.x>
- Jackson, L., Tudway, J. A., Giles, D., & Smith, J. (2009, Mar). An exploration of the social identity of mental health inpatient service users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(2), 167-176. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01361.x>
- James, L. R., Choi, C. C., Ko, C.-H. E., McNeil, P. K., Minton, M. K., Wright, M. A., & Kim, K.-i. (2008, 2008/03/01). Organizational and psychological climate: A review of theory and research. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17(1), 5-32. <https://doi.org/10.1080/13594320701662550>
- Johnson, S., Osborn, D. P. J., Araya, R., Wearn, E., Paul, M., Stafford, M., Wellman, N., Nolan, F., Killaspy, H., Lloyd-Evans, B., Anderson, E., & Wood, S. J. (2012). Morale in the English mental health workforce: questionnaire survey. *British*

*Journal of Psychiatry*, 201(3), 239-246.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.098970>

- Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D., & Scott, R. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationship*. New York: Freeman.
- Jorm, A. F., & Griffiths, K. M. (2008, Oct). The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: how important are biomedical conceptualizations? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 315-321. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01251.x>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., & Henderson, S. (1999). Attitudes Towards People with a Mental Disorder: A Survey of the Australian Public and Health Professionals. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(1), 77-83. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00513.x>
- Jorm, A. F., & Oh, E. (2009). Desire for Social Distance from People with Mental Disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(3), 183-200. <https://doi.org/10.1080/00048670802653349>
- Jorm, A. F., Reavley, N. J., & Ross, A. M. (2012, Nov). Belief in the dangerousness of people with mental disorders: a review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(11), 1029-1045. <https://doi.org/10.1177/0004867412442406>
- Juárez, A., Idrovo, A., Camacho, A., & Placencia, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37(2), 159-176.
- Kasow, Z. M., & Weisskirch, R. S. (2010, Oct). Differences in attributions of mental illness and social distance for portrayals of four mental disorders. *Psychological Reports*, 107(2), 547-552. <https://doi.org/10.2466/13.15.PR0.107.5.547-552>
- Kassam, A., Glozier, N., Leese, M., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version) [Article]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(2), 153-161. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01562.x>
- Kennedy, S. C., Abell, N., & Mennicke, A. (2017). Initial Validation of the Mental Health Provider Stigma Inventory. *Research on Social Work Practice*, 27(3), 335-347. <https://doi.org/10.1177/1049731514563577>
- Kingdon, D., Sharma, T., & Hart, D. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? . *Psychiatric Bulletin* 28(11), 401-406. <https://doi.org/10.1192/pb.28.11.401>

- Kirby, J. B., Zuvekas, S. H., Borsky, A. E., & Ngo-Metzger, Q. (2019). Rural Residents With Mental Health Needs Have Fewer Care Visits Than Urban Counterparts. *Health Affairs*, 38(12), 2057-2060. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00369>
- Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R., Hayward, P., & Corrigan, P. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 15(5), 482-491. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09638230701506283>
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006, Jun). "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatric Services*, 57(6), 795-802. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.6.795>
- Koschorke, M., Evans-Lacko, S., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2017). Stigma in different cultures. In W. Gaebel, W. Roessler, & N. Sartorius (Eds.), *The Stigma of Mental Illness-End of the Story?* (pp. 66-82). <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1>
- Koys, D. J., & DeCotiis, T. A. (1991). Inductive Measures of Psychological Climate. *Human Relations*, 44(3), 265-285. <https://doi.org/10.1177/001872679104400304>
- Kramers-Olen, A. L. (2014). Psychosocial rehabilitation and chronic mental illness: international trends and South African issues. *South African Journal of Psychology*, 44(4), 498-513. <https://doi.org/10.1177/0081246314553339>
- Kreft, I., & Yoo, B. (1994, April 4-8). *Are Multilevel Techniques Necessary? An Attempt at Demystification*. Annual Meeting of the American Educational Research Association, New Orleans, LA.
- Lam, T., Lam, K., Lam, E., & Sun, K. (2015). Does postgraduate training in community mental health make a difference to primary care physicians' attitudes to depression and schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 51(6), 641 - 646. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9829-9>
- Lamsma, J., & Harte, J. M. (2015). Violence in psychosis: conceptualizing its causal relationship with risk factors. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 25-82. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.05.003>
- Lasalvia, A., Zoppei, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., Bacle, S. V., Van Audenhove, C., van Weeghel, J., Reneses, B., Germanavicius, A., Economou, M., Lanfredi, M., Ando, S., Sartorius, N., Lopez-Ibor, J. J., Thornicroft, G., & Group, A. I. S. (2013, Jan 5). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a

- cross-sectional survey. *Lancet*, 381(9860), 55-62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61379-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61379-8)
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., & Rossler, W. (2004, Nov). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, 19(7), 423-427. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.06.019>
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rossler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*(429), 51-59. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x>
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rossler, W. (2003, Oct). Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(5), 248-251. <https://doi.org/10.1007/s00406-003-0439-0>
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2000). Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(s407), 26-32. <https://doi.org/https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.00005.x>
- Lauber, C., Nordt, C., & Rossler, W. (2005, Oct). Recommendations of mental health professionals and the general population on how to treat mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(10), 835-843. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0953-7>
- Laviana-Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 345-373.
- Lawrence, D., Hancock, K. J., & Kisely, S. (2013, May 21). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ*, 346, f2539. <https://doi.org/10.1136/bmj.f2539>
- Lawrence, D., & Kisely, S. (2010, Nov). Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology*, 24(4 Suppl), 61-68. <https://doi.org/10.1177/1359786810382058>
- Lee, S., Lee, M. T., Chiu, M. Y., & Kleinman, A. (2005, Feb). Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*, 186, 153-157. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.2.153>

- Leiter, M., Gascón, S., & Martínez-Jarreta, B. A. (2008). A two process model of Burnout: Their relevance to Spanish and Canadian nurses. *Psychology in Spain*, 12(1), 37-45.
- Lepping, P., Steinert, T., Gebhardt, R. P., & Rottgers, H. R. (2004, Apr). Attitudes of mental health professionals and lay-people towards involuntary admission and treatment in England and Germany--a questionnaire analysis. *European Psychiatry*, 19(2), 91-95. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.11.001>
- Leucht, S., Burkard, T., Henderson, J., Maj, M., & Sartorius, N. (2007, Nov). Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 317-333. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01095.x>
- Ley 20120. (2010). *Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma y prohíbe la clonación humana*. Diario Oficial de la República de Chile. 22 de septiembre de 2006. <http://bcn.cl/2fe0y>
- Liggins, J., & Hatcher, S. (2005, Sep-Oct). Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *General Hospital Psychiatry* 27(5), 359-364. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.05.006>
- Linden, M., & Kavanagh, R. (2012, Jun). Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1359-1368. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05848.x>
- Link, B., Struening, E., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 1621-1626. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1621>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1461-1500. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1086/228672>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <https://doi.org/DOI> 10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin* 30(3), 511-541. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010, Dec). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-

- analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Loch, A. A., Hengartner, M. P., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Wang, Y., Gattaz, W. F., & Rössler, W. (2011). Psychiatrists' stigma towards individuals with schizophrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38, 172-177.
- Longdon, E., & Read, J. (2017). 'People with Problems, Not Patients with Illnesses': Using Psychosocial Frameworks to Reduce the Stigma of Psychosis. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 54(1), 24-28.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28857755>
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: una estrategia compelja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.
- Lovell, A. M., Cook, J., & Velprey, L. (2008, Jun). La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 56(3), 197-207.  
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2008.03.119>
- Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E., & Bjorkman, T. (2007, Apr). Sociodemographic and clinical factors related to devaluation/discrimination and rejection experiences among users of mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 295-300. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0160-9>
- Maas, C. J. M., & Hox, J. J. (2004). Robustness issues in multilevel regression analysis. *Statistica Neerlandica*, 58(2), 127-137.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.0039-0402.2003.00252.x>
- MacKinnon, D. (2008). *Introduction to Statistical Mediation Analysis* Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Marasco, C., Maj, M., & Working Group of the Italian National, S. (2004, Dec). Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: a comparison with patients' relatives and psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(4), 319-330.  
<https://doi.org/10.1177/0020764004046073>
- Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Maj, M., & National Mental Health Project Working, G. (2004, May). Perception of patients' unpredictability and beliefs on the causes and consequences of schizophrenia- a community survey.

- Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 410-416.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-004-0764-2>
- Mak, W. W., Poon, C. Y., Pun, L. Y., & Cheung, S. F. (2007, Jul). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine*, 65(2), 245-261.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.015>
- Manso-Pinto, J. F. (2006). Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory - Version Human Services Survey - en Chile. *Interamerican Journal of Psychology*, 40, 111-114.
- Maranzan, K. A. (2016, 2016/05/03). Interprofessional education in mental health: An opportunity to reduce mental illness stigma. *Journal of Interprofessional Care*, 30(3), 370-377. <https://doi.org/10.3109/13561820.2016.1146878>
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (2011). WITHDRAWN: Case management for people with severe mental disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*(4), CD000050-CD000050.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd000050.pub2>
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A. (2000, Jun). Of fear and loathing: The role of 'disturbing behavior,' labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 208-223. [https://doi.org/Doi 10.2307/2676306](https://doi.org/Doi%2010.2307/2676306)
- Mascayano, F., Castro, W., Poblete, C., & Soza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.
- Mascayano, F., Tapia, T., Schilling, S., Alvarado, R., Tapia, E., Lips, W., & Yang, L. (2016). Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(1), 73-85.  
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1652>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach burnout inventory manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

- Maximini, D. (2015). *The Scrum Culture, Management for Professionals*. Springer International Publishing: Switzerland. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-11827-7\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-11827-7_2)
- Merlo, J., Ohlsson, H., Lynch, K. F., Chaix, B., & Subramanian, S. V. (2009, Dec). Individual and collective bodies: using measures of variance and association in contextual epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(12), 1043-1048. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.088310>
- Mestdagh, A., & Hansen, B. (2014, Jan). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 79-87. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0729-4>
- Meyer, J., & Allen, N. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human resource management review*, 1(1), 61-89.
- Meyer, J. P., Allen, N. J., & Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.4.538>
- Michaels, P. J., López, M., Rüsçh, N., & Corrigan, P. W. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society, & Education*, 42(2), 183-194.
- Mignonac, K., & Herrbach, O. (2004). Linking Work Events, Affective States, and Attitudes: An Empirical Study of Managers' Emotions. *Journal of Business and Psychology*, 19(2), 221-240. <http://www.jstor.org/stable/25092897>
- Ministerio de Salud. (2013). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud* <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Ministerio de Salud. (2014). *Evaluación del sistema de salud en Chile. Segundo Informe WHO-AIMS*. (WHO-AIMS, Ed.)
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan nacional de Salud Mental 2017-2025*.
- Ministerio de Salud. (2018). *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria*. Unidad de Salud Mental. División de Gestión de la Red Asistencial.

- Minkoff, K. (1987, Spring). Resistance of mental health professionals to working with the chronic mentally ill. *New Directions for Mental Health Services*(33), 3-20. <https://doi.org/10.1002/yd.23319873303>
- Minoletti, A., Alvarado, R., Rayo, X., & Minoletti, M. (2014). *Sistema de Salud Mental de Chile: Segundo Informe (WHO-AIMS)*. Ministerio de Salud
- Mitchell, A. J., Malone, D., & Doebbeling, C. C. (2009, Jun). Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *British Journal of Psychiatry*, 194(6), 491-499. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045732>
- Mittal, D., Corrigan, P., Sherman, M. D., Chekuri, L., Han, X., Reaves, C., Mukherjee, S., Morris, S., & Sullivan, G. (2014, Dec). Healthcare providers' attitudes toward persons with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(4), 297-303. <https://doi.org/10.1037/prj0000095>
- Miville, M., & Constantine, M. (2005). Sociocultural predictors of psychological help-seeking attitudes and behavior among Mexican-American college students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 12, 420 - 432. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.12.3.420>
- Moore, S., Shiers, D., Daly, B., Mitchell, A. J., & Gaughran, F. (2015, Aug). Promoting physical health for people with schizophrenia by reducing disparities in medical and dental care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(2), 109-121. <https://doi.org/10.1111/acps.12431>
- Mora-Rios, J., Bautista-Aguilar, N., Natera, G., & Pedersen, D. (2013). Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 36(1), 9-18.
- Moreno, B., Rodríguez, R., & Escobar, E. (2001). La evaluación del burnout profesional. Factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar *Ansiedad y Estrés*, 7(1).
- Moreno-Küstner, B., Mayoral, F., Rivas, F., Angona, P., Requena, J., Garcia-Herrera, J. M., Navas, D., Moreno, P., Serrano-Blanco, A., & Bellon, J. A. (2011, Oct 7). Factors associated with use of community mental health services by schizophrenia patients using multilevel analysis. *BMC Health Services Research*, 11, 257. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-257>
- Moreno-Küstner, B., Quemada, C., & Masedo, A. I. (2014). Réplica del autor: opiniones de los profesionales sanitarios acerca de la definición de trastorno mental grave. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 38(1), 149-151.

- Morgeson, F. P., Garza, A. S., & Campion, M. A. (2012). Work design. In N. W. Schmitt & S. Highhouse (Eds.), *Handbook of Psychology* (2nd Edition ed., Vol. 12). John Wiley & Sons.
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health, 39*(5), 341-352. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1>
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental* (1st. ed.). Madrid: Ed. Complutense.
- Muñoz, M., Sanz, M., & Santos, E. (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. *Anuario de psicología clínica y de la salud, 7*, 41-50.
- Nakagawa, S., & Schielzeth, H. (2013). A general and simple method for obtaining R<sup>2</sup> from generalized linear mixed-effects models. *Methods in Ecology and Evolution, 4*(2), 133-142. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.2041-210x.2012.00261.x>
- Narbona, K., & Durán, G. (2008). *Caracterización del Sistema de Salud Chileno. Enfoque laboral, sindical e institucional* (Vol. 11). Informe elaborado para el proyecto Araucaria.
- National Institute of Mental Health. (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington D.C.: NIH.
- Nordt, C., Rossler, W., & Lauber, C. (2006, Oct). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin 32*(4), 709-714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- O'Reilly, C. L., Bell, J. S., Kelly, P. J., & Chen, T. F. (2011, Jul). Impact of mental health first aid training on pharmacy students' knowledge, attitudes and self-reported behaviour: a controlled trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 45*(7), 549-557. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.585454>
- O'Connor, K., Muller Neff, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry, 53*, 74-99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>

- Observatorio de derechos humanos de las personas con discapacidad. (2014, 15 Feb 2020). *Derechos Humanos de las personas con discapacidad: diagnóstico de la situación en Chile. Resumen Ejecutivo*. [www.observatoriodiscapacidadmental.cl](http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl)
- Okun, B. F. (2005). *Family therapy review: Preparing for comprehensive and licensing examinations* (R. H. Coombs, Ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Olivares-Faúndez, V. E., Gil-Monte, P. R., Mena, L., Jélvez-Wilke, C., & Figueiredo-Ferraz, H. (2014). Relationships between burnout and role ambiguity, role conflict and employee absenteeism among health workers. *Terapia Psicológica*, 32(2), 111-120. <https://doi.org/https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000200004>
- Olivares-Faúndez, V. E., Mena-Miranda, L., Jélvez-Wilker, C., & Macía-Sepúlveda, F. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*, 13(1), 145-159. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-1.vfmb>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2006). *Women and men in OECD countries* <http://www.oecd.org/dataoecd/44/52/37962502.pdf>
- Ottati, V., Bodenhausen, G. V., & Newman, L. S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. In P. Corrigan (Ed.), *On stigma of mental illness: practical strategies for research and social change*. (pp. 99-128.). Washington DC: APA.
- Overton, S., & Medina, S. (2008). The Stigma of Mental Illness. *Journal of Counseling and Development* 86(2), 143 - 151. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x>
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003, Jul). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57(1), 13-24. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00304-0)
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2015, Jul). The gender gap in mental health service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1089-1095. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1038-x>
- Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(1), 39-50.
- Penn, D. L., & Martin, J. (1998). The stigma of severe mental illness: some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, 69(3), 235-247.

- Peña, M. C., Díaz, M. G., Chávez, A. G., & Sánchez, C. E. (2016). El Compromiso Organizacional como parte del comportamiento de los trabajadores de las pequeñas empresas *Revista Internacional Administracion & Finanzas*, 9(5), 95-105. <https://ssrn.com/abstract=2808147>
- Phillips, J., Andrews, L., & Hickman, L. (2014). Role Ambiguity, Role Conflict, or Burnout: Are These Areas of Concern for Australian Palliative Care Volunteers? Pilot Study Results. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 31(7), 749-755. <https://doi.org/10.1177/1049909113505195>
- Polanco-Frontera, N., Cajigas-Vargas, I., Rivera-Segarra, E., Varas-Díaz, N., Santos-Figueroa, A., & Rosario-Hernández, E. (2013). Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud & Sociedad*, 4(3), 250 - 263. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2013.0003.00003>
- Pranckeviciene, A., Zardeckaite-Matulaitiene, K., Marksaityte, R., Endriulaitiene, A., Tillman, D. R., & Hof, D. D. (2018, 2018/08/01). Social distance in Lithuanian psychology and social work students and professionals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(8), 849-857. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1495-0>
- Proctor, E. K. (2004). Research to inform mental health practice: social work's contributions. *Social Work Research*, 28(4), 195-197. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/swr/28.4.195>
- Puch-Ku, G. F., Uicab-Pool, G. Á., Ruiz-Rodríguez, M., & Castañeda-Hidalgo, H. (2016). Dimensiones del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente adulto hospitalizado. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(2), 129-136.
- Pugh, S. D. (2001). Service with a Smile: Emotional Contagion in the Service Encounter. *Academy of Management Journal*, 44(5), 1018-1027. <https://doi.org/10.5465/3069445>
- Quinn, R., & Spreitzer, G. (1991). The Psychometric of the Competing Values Culture Instrument and an Analysis of the Impact of Organizational Culture on Quality of Life Research. In R. W. Woodman & W. A. Pasmore (Eds.), *Research in Organizational Change and Development* (Vol. 5, pp. 115-142). JAI Press: Greenwich.
- Quinn, R. E., & Rohrbaugh, J. (1983). A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Towards a Competing Values Approach to Organizational Analysis. *Management Science*, 29(3), 363-377. <http://www.jstor.org/stable/2631061>

- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 279-284. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01369.x>
- Read, J. (2007, Jun). Why promoting biological ideology increases prejudice against people labelled "schizophrenic". *Australian Psychologist*, 42(2), 118-128. <https://doi.org/10.1080/00050060701280607>
- Rettenbacher, M. A., Burns, T., Kemmler, G., & Fleischhacker, W. W. (2004, May). Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry*, 37(3), 103-109. <https://doi.org/10.1055/s-2004-818987>
- Robiner, W. N. (2006, Sep). The mental health professions: workforce supply and demand, issues, and challenges. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 600-625. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.05.002>
- Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009, Oct). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social Science & Medicine*, 69(7), 1080-1084. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.026>
- Rössler, W. (2012). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers [Review]. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(2 SUPPL.), S65-S69. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0353-4>
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000, Aug). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 149-155. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.149>
- Runte-Geidel, A. (2005). *Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores*. Universidad de Granada]. España.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005, Dec). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Russinova, Z., Griffin, S., Bloch, P., Wewiorski, N. J., & Rosoklija, I. (2011). Workplace prejudice and discrimination toward individuals with mental illnesses [Article]. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35(3), 227-241. <https://doi.org/10.3233/JVR-2011-0574>

- Scambler, G. (2009, Apr). Health-related stigma. *Sociology of Health and Illness*, 31(3), 441-455. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01161.x>
- Scheid, T. L. (2004). *Tie a Knot and Hang on: Providing Mental Health Care in a Turbulent Environment*. New York: Walter de Gruyter. [https://books.google.ht/books?id=Oj\\_xAEACAAJ](https://books.google.ht/books?id=Oj_xAEACAAJ)
- Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R., & Jung, Y. S. (1990, Dec). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 147(12), 1602-1608. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.12.1602>
- Schmetzer, A. D., Lafuze, J. E., & Jack, M. E. (2008, Mar-Apr). Overcoming stigma: involving families in medical student and psychiatric residency education. *Academic Psychiatry*, 32(2), 127-131. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.2.127>
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012, Jun). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440-452. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x>
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship [Conference Paper]. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003, Jan). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299-312. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00028-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00028-x)
- Seeman, N., Tang, S., Brown, A. D., & Ing, A. (2016, Jan 15). World survey of mental illness stigma. *Journal of Affective Disorders*, 190, 115-121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.011>
- Sepúlveda, F. (2004). El modelo Competing Values Framework (CVF) y el diagnóstico de la cultura organizacional. *Economía y Administración*, 63, 7-27.
- Sercu, C., & Bracke, P. (2017, Jul). Stigma, Social Structure, and the Biomedical Framework: Exploring the Stigma Experiences of Inpatient Service Users in Two Belgian Psychiatric Hospitals. *Qualitative Health Research* 27(8), 1249-1261. <https://doi.org/10.1177/1049732316648112>
- Smith, A. L., & Cashwell, C. S. (2010). Stigma and Mental Illness: Investigating Attitudes of Mental Health and Non-Mental-Health Professionals and Trainees. *The Journal*

*of Humanistic Counseling, Education and Development*, 49(2), 189-202.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/j.2161-1939.2010.tb00097.x>

- Sorgaard, K. W., Ryan, P., & Dawson, I. (2010, 2010/06/14). Qualified and Unqualified (N-R C) mental health nursing staff - minor differences in sources of stress and burnout. A European multi-centre study. *BMC Health Services Research*, 10(1), 163. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-163>
- Struening, E. L., Perlick, D. A., Link, B. G., Hellman, F., Herman, D., & Sirey, J. A. (2001, Dec). Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric Services*, 52(12), 1633-1638. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1633>
- Szasz, I. (1999). Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja. In M. Bronfman & R. Castro (Eds.), *Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina*. (pp. 109 - 122). México, D.F.: EDAMEX.
- Ta, T. M. T., Zieger, A., Schomerus, G., Cao, T. D., Dettling, M., Do, X. T., Mungee, A., Diefenbacher, A., Angermeyer, M. C., & Hahn, E. (2016). Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population based study in urban and rural Hanoi, Vietnam. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(8), 685-695. <https://doi.org/10.1177/0020764016670430>
- Tajfel, H. (1979). Individuals and Groups in Social-Psychology. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(Jun), 183-190. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1979.tb00324.x>
- Tay, S., Pariyasami, S., Ravindran, K., Ali, M., & Rowsudeen, M. (2004). Nurses' attitudes toward people with mental illness in a psychiatric hospital in Singapore. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(10), 40 - 47. <https://doi.org/10.3928/02793695-20041001-08>
- Téllez, A. (2006). Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. *Temas de la Agenda Pública* 1(2), 1 - 12.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M., & Group, I. S. (2009, Jan 31). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373(9661), 408-415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2005). *La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de servicios*. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.

- Tipper, R., Mountain, D., Lorimer, S., & McIntosh, A. (2006). Support workers' attitudes to mental illness: implications for reducing stigma. *Psychiatric Bulletin* 30, 179-181. <https://doi.org/10.1192/pb.30.5.179>.
- Torrey, E. F. (2011, Sep). Stigma and violence: isn't it time to connect the dots? *Schizophrenia Bulletin* 37(5), 892-896. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr057>
- Ubillos, S., Mayordomo, S., & Páez, D. (2004). Actitudes: definición y medición componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. In *Psicología social, cultura y educación* (1st ed.). Madrid: Pearson Educación.
- Ucok, A., Polat, A., Sartorius, N., Erkoc, S., & Atakli, C. (2004, Feb). Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(1), 89-91. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2004.01198.x>
- Van Houtte, M. (2006, 2006/03/01). Tracking and Teacher Satisfaction: Role of Study Culture and Trust. *The Journal of Educational Research*, 99(4), 247-256. <https://doi.org/10.3200/JOER.99.4.247-256>
- van Nieuwenhuizen, A., Henderson, C., Kassam, A., Graham, T., Murray, J., Howard, L. M., & Thornicroft, G. (2013, Sep). Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22(3), 255-262. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000571>
- Venegas, P., Millán, M. E., & Miranda, M. (2003). Disquinesia tardía. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41(2), 131-138.
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2007). Organizational and individual level determinants of stigmatization in mental health services. *Community Mental Health Journal*, 43(4), 375-400. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9083-x>
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2008). Ward features affecting stigma experiences in contemporary psychiatric hospitals: A multilevel study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(5), 418-428. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0314-4>
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2012). Associative stigma among mental health professionals: Implications for professional and service user well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(1), 17-32. <https://doi.org/10.1177/0022146512439453>
- Verhaeghe, M., Bracke, P., & Bruynooghe, K. (2007, Apr). Stigmatization in different mental health services: a comparison of psychiatric and general hospitals. *Journal*

of *Behavioral Health Services & Research*, 34(2), 186-197.  
<https://doi.org/10.1007/s11414-007-9056-4>

- Verhaeghe, M., Bracke, P., & Christiaens, W. (2008, Jun 10). Part-time hospitalisation and stigma experiences: a study in contemporary psychiatric hospitals. *BMC Health Services Research*, 8, 125. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-125>
- Vibha, P., Saddichha, S., & Kumar, R. (2008, Sep). Attitudes of ward attendants towards mental illness: comparisons and predictors. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(5), 469-478. <https://doi.org/10.1177/0020764008092190>
- Vicente, B., Kohn, R., Saldivia, S., Rioseco, P., & Torres, S. (2005, Oct-Nov). [Service use patterns among adults with mental health problems in Chile]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 263-270. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892005000900006> (Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental, en Chile.)
- Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L., & Hackler, A. H. (2007, Mar). Seeking help from a mental health professional: the influence of one's social network. *Journal of Clinical Psychology*, 63(3), 233-245. <https://doi.org/10.1002/jclp.20345>
- Wagner, L. C., Torres-Gonzalez, F., Geidel, A. R., & King, M. B. (2011, Apr). Existential questions in schizophrenia: perception of patients and caregivers. *Revista de Saúde Pública*, 45(2), 401-408. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102011000200019>
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49-62. <https://doi.org/10.1002/jcop.20351>
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.
- Weiss, H. M., & Cropanzano, R. (1996). Affective events theory: A theoretical discussion of the structure, causes and consequences of affective experiences at work. *Research in Organizational Behavior*, 18, 1-74.
- Weiss, M. G., & Ramakrishna, J. (2006, Feb 11). Stigma interventions and research for international health. *Lancet*, 367(9509), 536-538. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68189-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68189-0)

- Widaman, K. F., Helm, J. L., Castro-Schilo, L., Pluess, M., Stallings, M. C., & Belsky, J. (2012). Distinguishing ordinal and disordinal interactions. *Psychological methods*, 17(4), 615-622. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/a0030003>
- Wilkins, B. T., & Neil Abell, N. (2010). *Validation of the mental illness stigma scale for mental health professionals*. [Doctoral Thesis, University of Houston, Houston].
- Wood, L., Birtel, M., Alsawy, S., Pyle, M., & Morrison, A. (2014, Dec 15). Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatric Research*, 220(1-2), 604-608. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.012>
- World Health Organization. (2003). *Legislación sobre salud mental y derechos humanos* (EDIMSA, Ed.). Ginebra: WHO. [https://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation\\_module\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/legislation_module_spanish.pdf)
- Wright, E. R., Linde, B., Rau, N. L., Gayman, M., & Viggiano, T. (2003, Aug). The effect of organizational climate on the clinical care of patients with mental health problems. *Journal of Emergency Nursing*, 29(4), 314-321. <https://doi.org/10.1067/men.2003.103>
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007, Apr). Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64(7), 1524-1535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>
- Yang, L. H., Valencia, E., Alvarado, R., Link, B., Huynh, N., Nguyen, K., Morita, K., Saavedra, M., Wong, C., Galea, S., & Susser, E. (2013). A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma instruments for Chile. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 21(1), 71-79. <https://doi.org/10.1590/s1414-462x2013000100011>
- Yeung, A., Brockbank, J. W., & Ulrich, D. (1991). Organizational culture and human resource practices: an empirical assessment. In R. W. Woodman & W. A. Pasmore (Eds.), *Research in Organizational Change and Development* (pp. 59-81). London: Jai Press Inc.
- Zammuto, R. F., & Krakover, J. Y. (1991). Quantitative and qualitative studies of organizational culture. In R. W. Woodman & W. A. Pasmore (Eds.), *Research in Organizational Change and Development* (pp. 83-114). London: Jai Press Inc.
- Zaninotto, L., Rossi, G., Danieli, A., Frasson, A., Meneghetti, L., Zordan, M., Tito, P., Salvetti, B., Conca, A., Ferranti, R., Salcuni, S., & Solmi, M. (2018, Jun). Exploring the relationships among personality traits, burnout dimensions and

stigma in a sample of mental health professionals. *Psychiatric Research*, 264, 327-333. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.076>

## 9 ANEXOS

### 9.1 Artículo 1: Manuscrito Psychometric properties of the scale of health care professionals' attitudes toward people with a mental illness diagnosis (EAPS-TM)

Health care providers have been shown to stigmatize mental disorders, which has serious consequences in the care, treatment and recovery of people. The instruments that have been developed to assess stigma in this population are few in number; some do not specifically focus on health workers, are aimed at a reduced range of professionals, and lack robust psychometric analyses. The aim of this study was to develop and evaluate the psychometric properties of an instrument meant to assess the stigmatizing attitudes of health care providers toward people with mental illnesses.

An instrumental design with two independent convenience samples of health care providers who worked in primary and secondary health care centers was used. The first sample ( $n = 272$ ) was used for exploratory factor analysis, and the second sample ( $n = 419$ ) was used for confirmatory analysis. Each subject received the studied scale, a sociodemographic background survey and the Social Distance Scale (SD), which were all used for the concurrent validity analysis. To evaluate concurrent validity, the Pearson correlation index was used, while internal consistency was evaluated via Cronbach's alpha and McDonald's total omega coefficient. The final instrument includes 2 dimensions: stigmatizing beliefs (12 items) and infantilization and relational distance (6 items). Reliability indexes (Cronbach's alpha and McDonald's total omega) are between 0.73 and 0.86, respectively. Moreover, concurrent validity present moderated and significant correlations ranging from  $r_p = 0.28$  ( $p < .001$ ) to  $r_p = 0.45$  ( $p < .001$ ).

The instrument has a robust factor structure and suitable levels of internal consistency and concurrent validity, which support its use in studying the attitudes of health care providers.

**Keywords:** social stigma, attitudes of health personnel, validation studies

#### **Introduction**

Stigma refers to negative stereotypes, harmful beliefs and discriminatory or inequitable practices toward socially devalued groups, generated in a context of power within the group interaction (Link & Phelan, 2001). In health care, stigma affects professional-user interaction and, therefore, substantially influences the outcomes of physical and mental treatment and care for people diagnosed with a mental illness (Carrara et al., 2019; Knaak, Mantler, & Szeto, 2017). Therefore, the study and understanding of the presence of stigma in this particular population has become a priority (Carrara et al., 2019; Hansson, Jormfeldt, Svedberg, & Svensson, 2011).

#### **Health care professionals and the stigma toward people with mental illnesses**

The presence of stigma in professionals is mainly manifested as the lack of information on and the exclusion of users from decisions related to their treatment (Ozer, Varlık, Ceri, Ince, & Delice, 2017), subtle threats or undermining (Sercu & Bracke, 2017; Wagner, Torres-González, Geidel, & King, 2011), coercive treatment and paternalistic or degrading treatment (Clemente, dos Santos, Nicolato, & Araújo, 2017; Del Olmo-Romero et al., 2019). Although there are reports of nonstigmatizing care (Dixon, Holoshitz, & Nossel, 2016; Fokuo et al., 2017), experiences of discrimination are frequent. This can be due to the culture of health care and the way in which people with mental illnesses are perceived and regarded (Knaak et al., 2017).

The research on this topic states that health care providers present even more stigma than does the general population (Kopera et al., 2015; Wagner et al., 2011). It occurs in the fields of both physical health and mental health. In both cases, the most relevant emotion reported by these professionals is fear, followed by annoyance, anger and negligence (Hansson et al., 2011; Kopera et al., 2015). Regarding beliefs, these are closely related to the sociocultural context. Nevertheless, in Western countries, stigma is present in many health professionals' attitudes (Stefanovics et al., 2016; Yang et al., 2013).

#### **Mental health in Chile**

In Chile, it is estimated that almost one-third of the population has presented with an MD during their lifetime and 22% has presented with an MD in the last six months (Vicente, Saldivia, & Pihán, 2016).

The country has a community model of mental health care (MINSAL 2017). Care for people with MDs is integrated into primary health care through family health centers (CESFAM in Spanish) that work with a multidisciplinary team of professionals. The secondary level of health provides care to the most complex MDs in outpatient psychiatry units and community mental health centers (COSAM in Spanish) (MINSAL 2017). This level of care concentrates most of the specialized mental health activity in the public health sector, which serves approximately 80% of the country's population (MIDESO 2018).

Over the past decade, the health system has emphasized patients' rights, particularly in the area of mental health. However, the exercising of health rights is limited by stigma. In addition, there is little but consistent information showing that health personnel in Chile stigmatize users (Vaccari et al., 2020; Vistorte et al., 2018). These reasons have led the Ministry of Health (MINSAL) to include stigma within the National Mental Health Plan 2017-2025 as a relevant program line (MINSAL 2017). Thus, valid, reliable, and culturally relevant instruments to assess public health policy are essential (Yang et al., 2013).

### **Measurement of stigma in the health professional population**

The development of tools to assess stigma against people with MD by health care professionals is still incipient, despite the need for tools to measure the impact of the interventions that have been implemented to reduce such stigma (Charles & Bentley, 2018). A recent review counts 13 instruments that have been used to measure stigma toward mental disorders by health professionals and/or students (Sastre-Rus, García-Lorenzo, Lluich-Canut, Tomás-Sábado, & Zabaleta-Del-Olmo, 2019). Of these, 10 instruments were developed in an Anglo-Saxon context, two in Asian countries, and only one with a Latin American population.

In a detailed analysis of the Anglo-Saxon instruments, two questionnaires, the community attitudes toward the mentally ill (CAMI) questionnaire (Taylor & Dear, 1981) and the attribution questionnaire (AQ27) (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003), were developed to assess stigma in the general population, although they have been used with health personnel as well. This brings about an important limitation, as items are built considering general beliefs and attitudes toward people diagnosed with mental disorders and not those specific to health personnel. It has been found that the stigma presented by this group has particular characteristics, so the evaluation of interventions aimed at reducing such stigma could be compromised by using instruments built for other populations (Kassam, Glozier, Leese, Henderson, & Thornicroft, 2010; Sastre-Rus et al., 2019).

The Clinician Associative Stigma Scale (CASS; Yanos, Vayshenker, DeLuca, & O'Connor, 2017) evaluates the associative stigma, that is, the stigma experienced by health personnel due to their contact with people who have a mental disorder. This type of stigma is focused on how health personnel perceive themselves rather than how they perceive users. The Mental Health Provider Stigma Inventory (MHPSI; Kennedy, Abell, & Mennicke, 2014) is also based on associative stigma, although it includes aspects of stigma toward users and was developed primarily for social workers. This limits its application to a wide range of health workers, as there are differences in the way stigmatization occurs in biomedical and psychosocial professionals (Del Olmo-Romero et al., 2019; Pavon & Vaes, 2017).

The Mental Illness Clinicians' Attitudes (MICA) V.2 (Kassam et al., 2010) scale evaluates the stigma specifically presented by medical students, but its main difficulty is that its use is relevant only to this population. The phrasing of the MICA V.2 items was modified to allow for its use with a wide range of health professionals in the Mental Illness Clinicians' Attitudes (MICA) V.4 (Gabbidon et al., 2013) scale, although their psychometric properties have only been studied with nursing students. In addition, the validation study does not show the reliability of the subscales, and the factorial structure of the instrument was obtained only by exploratory factorial analysis.

The Attitudes toward Mental Illness (Chiles, Stefanovics, & Rosenheck, 2017) scale and Mental Illness Stigma Scale for Mental Health Professionals (MIS-MHP; Wilkins & Abell, 2010) were also developed only with medical students. There may be an important difference between the stigma presented by health professionals and that presented by students. Professionals have a specific role, as they are in permanent contact with users and work in an organizational context with explicit and implicit standards with which they must comply, and the students are not yet practicing their profession. In addition, neither of these scales has well-established psychometric properties.

The Mental Health Professional Secondary Stigma Scale (MHPSASS; Charles & Bentley, 2018) was developed to address the shortcomings of the instruments that assess stigma by health professionals. However, it has some limitations in terms of its psychometric properties. Three of the four subscales have an internal consistency less than  $\alpha = 0,70$ , and their factorial structure was developed only by exploratory factorial analysis.

The latest of the Anglo-Saxon instruments, the Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC; Kassam, Pappish, Modgill, & Patten, 2012), lacks the vast majority of the limitations of the previous instruments; it was developed considering a wide spectrum of health professionals, and its psychometric properties are robust. It has two dimensions; however, only one of them evaluates the attitudes of health care providers toward users with mental disorders, as the other measures the attitudes of professionals in revealing to their colleagues such mental disorders. Three factors have been found in subsequent studies (Modgill, Patten, Knaak, Kassam, & Szeto, 2014). Recently, this instrument was adapted to the Chilean context, specifically focusing on primary health care personnel. The three-factor structure was confirmed; however, both the reliability of the total scale ( $\alpha = 0,69$ ) and particularly that of the subscales were reduced ( $\alpha = 0,48 - 0,60$ ) (Sapag et al., 2019).

Of the two instruments developed in Asian countries, the Stigma Scale (Tei-Tominaga, Asakura, & Asakura, 2014) was elaborated to assess the stigma faced by nurses, and there is no information on their factorial

structure. The Mental Illness Attitudes Scale (MIAS; Chen & Chang, 2016) was developed to assess stigma in health personnel working in psychiatric hospitals. The information from exploratory factorial analysis is poor, and no confirmatory factorial analysis was performed. Moreover, the MIAS is a lengthy instrument, as it has 46 items, which limits its use.

Finally, the Scale on Stigma Related to Mental Health Problems for Health Professionals (Varas-Díaz et al., 2012) is the only instrument for assessing stigma in health professionals developed in a Latin American. However, although it is stated that it was developed to evaluate stigma in health professionals, the items measure general attitudes; that is, they are intended for the general population and not for the evaluation of attitudes that are specifically presented in the health care setting.

In summary, it is important to have an instrument that specifically assesses the attitudes of health personnel toward users with MDs, usable across a wide range of professions and health care levels, from primary care to secondary care and with robust psychometric properties, particularly in the Spanish-speaking Latin American context. The objective of this research was to develop and evaluate the psychometric properties of an instrument for the evaluation of stigmatizing attitudes in health care providers toward people with a mental disorders in Chile.

#### **Material and Method**

An instrumental design was used, aimed at the development of tests and measurement instruments, including their adaptation.

#### **Participants**

We collected data from two independent samples of Chilean mental health providers who worked in primary and secondary health centers of Maule, Ñuble, Concepción, Talcahuano, Bio-Bio, Arauco and Osorno, all from the central-southern zone of Chile. The only inclusion criterion for both samples was having at least one year of professional experience in the health center, and the exclusion criterion was being part of the administrative or temporary staff at the center.

The sample size for the exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis was a minimum of ten participants for each item on the scale, fulfilling the requirement established for factor analysis. Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. and Tomás-Márco, I. (2014) point out that to evaluate the quality of a test, a sample size of at least 200 cases is recommended.

#### **Sample 1**

Participants were a nonrandom sample of 272 health care providers. A total of 70.2% ( $n = 191$ ) were women of an average age of 35.3 years ( $SD = 9.31$ ), ranging from 21 to 66 years. Fifty-two percent belonged to primary health care centers. Regarding group composition, they were social workers (23.5%), psychologists (22.8%), nursing technicians (21%) and general practitioners (14%); the remaining 18.7% corresponded to other professions.

#### **Sample 2**

The confirmatory factor analysis study involved 419 health care providers. A total of 72.8% ( $n = 305$ ) were women. The average age was 36.7 years ( $SD = 8.19$ ), ranging from 22 to 66 years; 40.6% belonged to primary health care centers, and the remaining patients belonged to secondary health care centers. Regarding group composition, they were social workers (22%), psychologists (33.2%), psychiatrists (13.1%), nursing technicians (8.8%) and general practitioners (7.6%) (See Table 1).

In Chile, the only official language is Spanish, so it is spoke by the entire population. The nationality of participants was not consulted, as previous research shows that almost all health workers (98%) are Chilean (Sapag et al., 2019).

#### **INSERT TABLE 1**

#### **Data collection procedure**

Data were collected between December 2017 and April 2018 and between May 2018 and May 2019 in samples 1 and 2, respectively, following approval of the study by the Scientific Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the University of Concepción and by each of the health areas of origin of interviewees, including Concepción, Talcahuano, Bio-Bio, Arauco, Ñuble, Maule and Osorno, adhering to the guidelines stated in the agreements of the Declaration of Helsinki. Directors of health centers or the Ethics Committee (when required) were ministers of faith. Responses to the survey were anonymous. In both samples, potential participants were contacted through directors or heads of areas of the health centers to whom the research project was presented. Face-to-face meetings were held when necessary, and surveys and informed consent were also completed via e-mail.

Sample 1 was for convenience, and sample 2 was determined through a stratified sampling of the health area

and level of care. All members of health teams were invited to participate. In each of the strata, we tried to have substrata made up of primary care centers (family health centers) and secondary care centers (mental health centers, day hospitals, and psychiatric services).

#### **Instruments**

##### **Scale of health care professionals' attitudes toward people with a diagnosis of mental illness (EAPS-TM)**

This scale was constructed as part of a doctoral research thesis on stigma by mental health providers following an elaboration strategy based on the existing literature (Morales, 2006). Items on the most important aspects of stigma in health personnel were included in the scale. These had not been included jointly in other scales; in addition, a new factor relevant to health policies was added. Items that addressed mental health providers' attitudes and knowledge about mental disorders were considered since these items theoretically are part of the understanding of stigma (prejudices and stereotypes). Items related to close contact with people with SMI were added; this aspect is important to evaluate in stigma reduction interventions. Items on the autonomy of people with SMI were developed. Finally, in the review of the scales on stigma, items related to user rights were not considered, so it was considered pertinent to include them in the present scale. User rights are a central aspect of public health policy, and their exercise is incompatible with stigma.

##### **Social Distance Scale (SD)**

The Social Distance Scale is an instrument with 5 items, divided into 2 dimensions that assess social distance desire reported by people toward individuals with a diagnosis of mental illness. The answers are collected on a Likert scale with five categories of possible answers ranging from completely agree to completely disagree. In this study, the version adapted to Chile was used (Grandón, Cova, Saldivia, & Bustos, 2015). The adaptation was carried out with two independent convenience samples. With the first sample ( $n = 399$ ), exploratory factor analysis was performed, and with the second sample ( $n = 350$ ), confirmatory factor analysis was performed. Two factors were found that explained 57% of the variance. The consistency for the dimension "closeness and social interaction" was  $\alpha = .82$ , while for "intimacy and confidence", it was  $\alpha = .75$ , and for the total scale, it was  $\alpha = .78$ .

This scale was used to assess concurrent validity because it is one of the most widely used instruments to assess stigma toward people with mental disorders (Corrigan & Shapiro, 2010). It has been used in various contexts and has proven to be a valid and reliable measure.

In the current investigation, the reliability obtained for the closeness and interaction dimension was  $\alpha = .749$ , and for the intimacy and confidence dimension, it was  $\alpha = .659$ . Both results are acceptable.

##### **Sociodemographic record**

The data collection protocol was completed with an addendum designed to collect participants' sociodemographic and work-related information.

#### **Procedure**

The study was developed in phases, which are presented in Figure 1.

**Fig. 1** Development phases of the EAPS-TM and psychometric property assessment

##### **Phase 1. Development of the instrument**

###### **1.1 Development of the prototype version of the scale**

The scale was developed based on a theoretical review of the literature and empirical studies about instruments that assess stigma in health care professionals (Gabbidon et al., 2013; Kennedy et al., 2014). Thirty-two items were constructed, of which 23 were conceived based on the material collected, and 9 were adapted from the Spanish version of the Mental Illness Clinicians' Attitudes. The instrument used a Likert-like answering format with 6 alternatives, ranging from completely agree to completely disagree.

This first version was subject to expert judgment evaluation ( $n=6$ ). The item review was based on the criteria of

(a) coherence, (b) relevance and (c) clarity. Two (2) items were removed, and ten (10) items were modified; subsequently, the scale was subjected to cognitive interviewing with five professionals working in secondary health care centers.

###### **1.2. Pilot test and instrument preparation**

The instrument was applied to a subsample of 116 health care providers, and a subgroup of the first sample included 272 participants. An exploratory factor analysis of the instrument was carried out to refine it and maintain the items that would allow for the instrument to be analyzed.

## **Phase 2. Study of the psychometric properties of the instrument**

### **2.1. Exploratory Factor Analysis of the Scale of health care professionals' attitudes toward people with a diagnosis of mental illness, 24 items**

The initial sample of 116 people increased until reaching 272 people, who received the new version of the scale along with the sociodemographic data survey and the Social Distance Scale.

### **2.2. Confirmatory Factor Analysis of the Scale of health care professionals' attitudes toward people with a diagnosis of mental illness (EAPS-TM)**

A second sample of 419 health care providers was used from different health care centers in the aforementioned health areas.

In the EAPS-TM scale, a higher score indicates the presence of less stigma.

#### **Data analysis**

A univariate analysis was performed to determine the general features of the samples.

For the analysis of the items of the prototype version of the scale, the percentage of agreement between judges was determined. Then, the means of absolute agreement were estimated.

For the exploratory and confirmatory factor analyses, the Kaiser-Meyer-Olkin statistic and Bartlett's sphericity test were calculated to define the pertinent criteria for the analysis. Horn's parallel analysis was used to determine the number of factors, complemented by scree plot VSS, MAP and BIC criteria. As a factor-extraction method, minimal squares and oblique rotation were used. An iterative procedure was established to discard items. All those items with factorial weights less than 0.40 and those with cross-loads were eliminated, and a difference of 0.15 or less between the highest loads of the factors was established as a criterion (DiIorio, 2006). To determine the number of items to be considered per factor, it was decided to keep what was indicated in the literature, namely, a minimum of 3 or 4 items (Lloret-Segura et al., 2014).

The possible effect of the common method variance of all items of the scales used was also estimated via the Harman test (Podsakoff, MacKenzie, Lee, & Podsakoff, 2003).

For the confirmatory factor analysis, the lavaan package was used using the robust maximum likelihood (MLR) method. The model's goodness of fit was evaluated using the chi-square solution divided by the degrees of freedom and the average of the standardized residuals (root mean square error of approximation (RMSEA)). The relative adjustment indicators, such as the goodness of fit (Tucker-Lewis index (TLI)) and the comparative fit index (CFI), were considered.

For the interpretation of the result of  $\chi^2/df$ , we consider the criterion indicated by the literature, which establishes that values close to 2 are very good (Brooke, Russell, & Price, 1988). For the CFI and TLI, results above 0.90 were considered a good fit. For the RMSEA index, a value of 0.05 was considered acceptable (Byrne, 2001).

Internal consistency was evaluated using Cronbach's alpha and McDonald's total omega coefficient. To evaluate the construct validity of the scale, Pearson correlations were calculated between the EAPS-TM scores and Social Distance Scale scores. A visual inspection of the relationships between variables was performed. Cohen's (1992) criteria were used to interpret the magnitude of the correlation.

The final version of the scale was used to determine the differences in stigma in terms of sociodemographic variables. Calculations were performed using Student's t-test and one-way ANOVA.

#### **Results**

The results of the development and evaluation of the psychometric properties of the EAPS-TM scale are presented below.

#### **Instrument development. Interjudge agreement**

The 32 initial items were reviewed by expert judges. In 30 of these items, the percentage of agreement in all the evaluated criteria was between 75% and 100%, which was considered acceptable. Two items with percentages of agreement that were lower (between 50% and 87%) were eliminated.

Subsequently, an analysis of absolute agreement was carried out. The results for each criterion were clarity ( $M = 0.8058$ ), coherence ( $M = 0.8717$ ) and relevance ( $M = 0.9051$ ), which show a high percentage of agreement between judges.

### **Pilot test**

Once all items had been defined, an exploratory factor analysis was carried out with the pilot sample, eliminating those items with a load lower than 0.40 and with cross-loads. With this procedure, 6 items were eliminated, leaving the scale with 24 reactive items.

### **Exploratory factor analysis (sample 1)**

The results indicate that the data matrix was considered factorable since Bartlett's sphericity test was significant (approximate chi-square:  $\chi^2(435) = 2144, p < .001$ ); the adequation test of the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) sample yielded a value of 0.88. Horn's parallel analysis was performed based on 5,000 random samples that suggested a 3-dimensional solution. An analysis of the scree plot was performed. A strong factor, two weaker factors and other very small factors were found. VSS obtained a maximum of 2 factors, and as Velicer's MAP recommends 1 and BIC achieves a minimum of 3 factors, we decided to extract 3 factors, considering that one of the factors could explain less variance than could the other two.

The initial factorization showed the conformation of three dimensions; one of these dimensions consisted of only two (2) items. Since the theoretical criterion indicates that at least three items should exist to form a factor (Lloret-Segura et al., 2014; Robinson, 2018), this dimension was discarded. In addition, three items were eliminated because they did not meet the established weight and cross-load criteria.

A new analysis considering two dimensions was performed, and the solution was suitable. The explained variance was 36%, and the correlation between dimensions was 0.62. Thus, the scale consisted of two (2) dimensions with 19 reactive items.

The first dimension was identified as "stigmatizing beliefs", made up of 12 items (initial codes: 5, 8, 9, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 22, 24 and 28) and evaluates the misconceptions that usually exist about people diagnosed with a mental illness, among which we find dependence, dangerousness, chronicity and unpredictability. It also includes an item that presents a positive belief associated with patient rights.

The second dimension was identified as "infantilization and relational distance", made up of 7 items (initial codes: 14, 15, 19, 23, 25, 27 and 30), and evaluates people with a mental illness being perceived as child-like, dependent, and in need of adult control and others' desire to maintain a distant relationship with them (see Table 2).

INSERT TABLE 2

### **Concurrent Validity (sample 1)**

The Social Distance Scale was used for the concurrent validity analysis, which assesses attitudes through the desire to keep a social distance from this portion of the population (Grandón et al., 2015).

Almost all correlations obtained are moderate, and all are positive and significant, being greater for the closeness and interaction factor, with both dimensions of EAPS-TM ( $r_p = 0.33, p < .001$  and  $r_p = 0.44, p < .001$ , respectively). The correlations between intimacy and the confidence factor and the EAPS-TM dimensions were lower ( $r_p = 0.29, p < .001$  and  $r_p = 0.31, p < .001$ ).

### **Confirmatory Factor Analysis (sample 2)**

Two explanatory models were obtained. Model 1 presented a relatively low adjustment ( $\chi^2(151) = 312.95, p < .001$ ) and CFI = 0.917, TLI = 0.905, and RMSEA = 0.051. All item loads in the 2 dimensions were statistically significant ( $p < .01$ ), being higher than 0.4, except item 14 of the infantilization and relational distance dimension ( $r = 0.172$ ) and item 17 of the stigmatizing beliefs dimension ( $r = 0.314$ ). It was decided to eliminate item 14 since its load was too low. When reviewing this item, we observed that it does not contribute to the theoretical construct of the dimension. Item 17 was maintained since, although its factorial load is low in the first model, it will contribute to the theoretical construct of the dimension.

For this reason, a second solution model is proposed, now with 18 items. The goodness-of-fit index indicates a better fit for this model ( $\chi^2(134) = 283.14, p < .001$ ) and CFI = 0.922, TLI = 0.911, and RMSEA = 0.052 (see Table 3).

INSERT TABLE 3

In the solution of the two-dimensional model with 18 items, the latent correlation between the dimensions of "stigmatizing beliefs" and "infantilization and relational distance" was  $r_p = 0.865, p < .001$ .

The results obtained confirm the bidimensional structure of the EAPS-TM. CFI and TLI values are above the recommended value of 0.90 (Byrne, 2001), while the values of the RMSEA index are close to 0.05, and quotient  $\chi^2/df$  presents values close to 2. These results show that the instrument is suitable for the population used (see Figure 2).

**Fig. 2** Estimated standardized solution of the two-dimensional model EAPS-TM. The codes for the 24-item version are given.

#### **Common Method bias**

The issue of common method bias was addressed by conducting Harman's one-factor test. The results revealed that one single factor accounted for only 28.59% ( $n = 24$  items) and 33.68% ( $n = 19$  items) of the variance in samples 1 and 2, respectively, suggesting that common method bias did not affect our results.

#### **Concurrent Validity (sample 2)**

The correlations with the Social Distance Scale reconfirm the previous results; i.e., they are fundamentally moderately positive and significant (ranging from  $r_p = 0.28, p < .001$  to  $r_p = 0.45, p < .001$ ), reflecting that a high score on the EAPS-TM dimensions (less stigma) is related to a high score (less desire for social distance) on the SD scale.

INSERT TABLE 4

#### **Reliability Analysis**

The internal consistency of the EAPS-TM scale was calculated using Cronbach's alpha and McDonald's total omega index. The levels of internal consistency turned out to be satisfactory for the total scale ( $\alpha = 0.87; \omega = 0.88$ ) as well as for the dimensions of stigmatizing beliefs ( $\alpha = 0.84; \omega = 0.85$ ) and infantilization and relational distance ( $\alpha = 0.73; \omega = 0.75$ ).

Finally, some sociodemographic analyses performed with the final instrument are presented (sample 2) (see Table 1).

There are no significant differences neither in terms of sex in the dimension of stigmatizing beliefs (women ( $M = 3.76, SD = 0.89$ ) and men ( $M = 3.78, SD = 0.84$ ),  $t(417) = 0.13, p = .90, d = 0.01$ ) nor in terms of the dimension of infantilization and relational distance (women ( $M = 4.95, SD = 0.71$ ) and men ( $M = 4.89, SD = 0.67$ ),  $t(417) = 0.78, p = .44, d = 0.08$ ).

Secondary care personnel present significantly higher scores in the dimension of stigmatizing beliefs ( $M = 3.96, SD = 0.86$ ), which is an indication of less stigma, than do primary care personnel ( $M = 3.48, SD = 0.81$ ),  $t(417) = 5.73, p < .001, d = 0.5.8$ . The same occurs with the dimension of infantilization and relational distance, where secondary care personnel once again obtain a higher mean ( $M = 5.05, SD = 0.66$ ) than do primary care personnel ( $M = 4.77, SD = 0.72$ ),  $t(417) = 4.17, p < .001, d = 0.41$ .

Analysis of variance showed that there were some differences in the average stigmatizing beliefs score ( $F(7,411) = 15.62, p < .001$ ) and infantilization and relational distance ( $F(7,411) = 10.45, p < .001$ ) by profession. Psychiatrists obtain the highest scores in both dimensions ( $M = 4.8, SD = 0.65; M = 5.2, SD = 0.49$ ), which is an indication of less stigma, followed by occupational therapists ( $M = 4.5, SD = 0.64; M = 5.4, SD = 0.50$ ), psychologists ( $M = 4.0, SD = 0.78; M = 5.1, SD = 0.61$ ) and social workers ( $M = 3.7, SD = 0.86; M = 4.9, SD = 0.69$ ).

#### **Discussion**

The EAPS-TM scale is the first instrument developed in Latin America to assess stigma among health care providers. It is one of the few developed in Spanish that includes a study of its psychometric properties, using independent samples, which provides it with strong empirical support.

The instrument was designed similar to a self-administered scale, which was easy to apply, to collect information without interfering in the daily routine of health care staff. Its development was based on a process of reviewing existing scales and questionnaires. Some items were constructed, and others were adapted to the language and expressions of the Spanish language.

The final instrument is made up of 18 items distributed into two dimensions: "stigmatizing beliefs" and "infantilization and relational distance". The dimensions found are coherent with those in the existing literature (Chiles et al., 2017; Varas-Díaz et al., 2012).

Not all the scales that assess stigma in health care providers present information on validity, or sometimes, the information they present is poor (Chen & Chang, 2016; Tei & Tominaga et al., 2014; Wilkins & Abell, 2010). Our results show that the instrument items are properly factored, and the KMO value obtained is similar to that found in other studies (Charles & Bentley, 2018; Kassam et al., 2012).

With regard to the factorial solution, although the structure obtained in the exploratory analysis is maintained, in the final confirmatory procedure, an item with a weak load was discarded, but another was kept because of its theoretical contribution to the dimension, so we suggest analyzing the results of this item in future applications.

The first dimension shows the presence of common misconceptions and myths about people with mental illness; the ideas of dependency, dangerousness, chronicity and unpredictability stand out. There is also a

positive belief based on patient rights. This dimension reflects the negative stereotypes that are part of the concept of stigma, often present in its measurement and with theoretical and empirical significance. As found in other studies, health care staff, even mental health care staff, share the same beliefs about people with mental illnesses as those of the general population (Carrara et al., 2019; Kopera et al., 2015). This situation has led the World Health Organization to include stigma reduction as an important area of work due to its consequences for the equity of care (WHO 2013).

Stigmatizing beliefs are one of the relevant dimensions in this stigma study. Several studies have assessed this dimension in health care providers (Kassam et al., 2012; Kennedy et al., 2014) by valuing beliefs either positively or negatively (Charles & Bentley, 2018; Chen & Chang, 2016; Gabbidon et al., 2013; Varas-Díaz et al., 2012; Yanos et al., 2017). If health care providers, based on negative beliefs, assume a bad prognosis, then the patient's care, treatment and chances of recovery will be affected (Nyblade et al., 2019). Alternatively, if the beliefs are favorable, then these providers will have a positive impact on the patient's recovery (Del Olmo-Romero et al., 2019).

The "infantilization and relational distance" dimension shows that people diagnosed with a mental illness are perceived as children in need of control, and thus, others have the desire to avoid relating to them. This dimension is similar to what was found in other research, where it is presented as social restrictiveness (Taylor & Dear, 1981) or, from a positive perspective, as social acceptance (Chiles et al., 2017).

The presence of this dimension is relevant for health care providers because it allows us to infer that the hierarchical relation that exists between health care staff and users may contribute to an undermined perception of the abilities of people with a diagnosis of mental illness. The paternalistic dynamics that often occur are iatrogenic to users (Forgione, 2018). The dimension contemplates the conative aspects of stigma that translate into rejection or discrimination. The desire distance oneself from a person with a mental illness diagnosis is a key element in the study of stigma toward mental illnesses (Link & Phelan, 2001).

In summary, the relationship between theory and results confirms the relevance of the dimensions obtained and their measurement in health care providers.

The results obtained in the confirmatory factor analysis point to a strong and significant correlation between both dimensions ( $r = 0.875$ ), which could indicate that they are interdependent and point to the same stigma construct.

Reliability was high for the total instrument ( $\alpha=0.877$  and  $\omega= 0.879$ ), dimension 1 "stigmatizing beliefs" ( $\alpha=0.84$ ;  $\omega=0.85$ ) and dimension 2 "infantilization and relational distance" ( $\alpha=0.73$ ;  $\omega=0.75$ ). The reliability indexes are above the recommended criterion of 0.70 (Nunnally & Bernstein, 1994) and are superior to other similar instruments used in both Anglo-Saxon and Latin American countries (Charles & Bentley, 2018; Sapag et al., 2019; Varas-Díaz et al., 2012), which supports their consistency and use in the population studied.

As expected, the dimensions of the EAPS-TM scale were positively and significantly correlated with those of the Social Distance Scale. These concurrent validity results are superior to those found in other instruments that obtained low correlations or did not find any correlations (Charles & Bentley, 2018; Kassam et al., 2010, 2012; Yanos et al., 2017), which shows that the new instrument assesses stigma effectively.

#### **Relationship between stigma and sociodemographic variables**

No significant differences were found in terms of sex in stigma; this result is consistent with that found in other investigations (Kassam et al., 2010, 2012; Sapag et al., 2019).

Moreover, it was found that secondary care health personnel present a lower level of stigma than do primary care personnel in both dimensions of the EAPS-TM scale. This result is consistent with the research that reports greater stigma in primary care (Mittal et al., 2014) and reinforces the research that shows that in Chile, there are negative attitudes toward mental health users by primary care health personnel (Vaccari et al., 2020; Vistorte et al., 2018). This may be because primary care personnel have less information and contact with people who receive a psychiatric diagnosis. In addition, in Chile, during recent decades, great emphasis has been placed on a model of community mental health care, which has focused mainly on secondary care personnel (MINSAL 2017), which may have contributed to improving their attitudes toward such individuals. However, more research in this area is needed.

The level of stigma was found to vary by profession. Psychiatric professionals, occupational therapists, psychologists, and social workers have less stigma. Previous research shows a tendency for professionals in the psychosocial field to report less stigma than professionals in field of general health (Del Olmo-Romero et al., 2019; Pavon & Vaes, 2017). The case of occupational therapists can be explained by the fact that their work in Chile is more closely linked to community intervention strategies aimed at rehabilitation and recovery, so they have more daily contact with users with SMI.

#### **Limitations, strengths and future directions**

For future applications, we suggest adjusting the position of item response options, defining score 1 as completely disagree and score 6 as completely agree to facilitate the reading and interpretation of the results. The main limitations of the research were not having a test-retest evaluation, so it would be advisable to carry out such an evaluation in future applications; the sample used in the exploratory factor analysis was chosen for convenience.

The main strength of this study is that it deals with two different samples, although from the same population. The results show consistency and coherence between the factor analyses developed in both samples, which supports the robustness of the EAPS-TM scale in assessing stigma. Moreover, the ethical considerations adopted for the participation and subsequent application of the EAPS-TM scale may have helped to avoid some potential bias in the responses, such as social desirability.

In summary, the EAPS-TM instrument has suitable psychometric properties to allow for its use for health workers.

#### **Conclusions**

The EAPS-TM instrument is the first scale developed in Latin America to measure stigma in the health care provider population. The procedures executed allowed for the development of a reliable, valid and versatile instrument that is easy to administer to measure stigma in this particular population.

The instrument can be used with different categories of health care providers who work in health care centers with different levels of specialization.

Furthermore, it is an instrument that is relevant to the needs set out by the WHO (2013) in this area. In this sense, its use would allow for the design of interventions in teams to reduce the stigmatization of people with mental illness, allowing them to recognize the need to promote humane treatment and, at the same time, to improve the indicators of adherence to the care and treatment required by these people.

BORRADOR

## 9.2 Artículo 2. Manuscrito: desarrollo y propiedades psicométricas de la escala de estigma asociativo para mental health care providers.

### **Development and psychometric properties of Associative Stigma of mental health care providers. Desarrollo y propiedades psicométricas de la Escala de Estigma Asociativo para mental health care providers.**

#### **Introducción**

Las personas que presentan un diagnóstico de trastorno mental son frecuentemente estigmatizadas, lo que afecta su identidad y dificulta su inclusión social (Link & Phelan, 2006). Sin embargo, quienes interactúan directamente con estas personas también se ven afectados; son objeto de estigmatización la familia, los amigos e incluso los proveedores de salud (Corrigan y Miller, 2004; Kennedy, 2017).

Este tipo específico de estigma ha sido denominado como estigma por cortesía (Birenbaum, 1992), estigma secundario (Halter, 2008) (Halter, 2008), estigma asociativo (Verhaeghe & Bracke, 2012) o estigma asociado (Halter, 2008; Hinshaw, 2007; Mehta & Farina, 1988; Ross y Goldner, 2009).

Son escaso los estudios sobre estigma asociativo (Verhaeghe & Bracke, 2012). Las investigaciones se han enfocado fundamentalmente, en redes familiares y de pares de personas con discapacidad (Green, 2003), personas con autismo (Gray, 2002) y a trastornos genéticos (Turner, Biesecker, Leib, Biesecker y Peters, 2007).

Cobra especial relevancia el estigma asociativo en proveedores de salud mental. Estos, a nivel personal ven dañada su autoimagen y autoestima (Sadow y Ryder, 2008) y también se ven afectados en la valoración social de su trabajo como agentes de cuidados y tratamientos (Halter, 2008; Hinshaw, 2007; Mehta & Farina, 1988; Ross y Goldner, 2009). Ambas condiciones podrían repercutir en la atención de personas con diagnóstico de TM, afectando los resultados de tratamientos, atención y cuidados.

#### **Estudios de estigma asociativo en proveedores de salud mental.**

Los estudios sobre estigma asociativo en proveedores de la salud mental dan cuenta de las percepciones existentes en público general (Ebsworth, 2016) la los propios profesionales del ámbito de la salud de otras áreas, de la relación con otras variables del contexto laboral y en relación con los usuarios (Verhaeghe & Bracke, 2012; Gaebel et al 2015).

En la población general, existe una visión negativa hacia los proveedores de la salud mental asociada a una presunta inestabilidad emocional. Psiquiatras y terapeutas son vistos como más excéntrico e impredecible que los médicos generales (Ebsworth et al, 2016). La razón de esto se basa en la idea de contagio de las características de los usuarios con diagnósticos psiquiátricos producto de la relación cotidiana con ellos. x.

Por otra parte, el estigma asociativo se ha relacionado con variables del contexto laboral como el burnout (Verhaeghe y Bracke, 2012; Cathoor et al., 2014). Así, proveedores de salud mental que reportan estigma asociativo presentarían una mayor despersonalización, agotamiento emocional y menos satisfacción laboral (Verhaeghe y Bracke, 2012). Asimismo, los psiquiatras reportan más estigma que los médicos generales incluso en su etapa de formación (Cathoor, et al, 2014). Al respecto, los estudiantes de medicina presentan ideas o creencias de menoscabo profesional [6], ven a la psiquiatría como un área deprimente e ineficaz, poco respetada y con poco prestigio que ofrece baja satisfacción laboral. Consideran además que se requiere de una capacidad específica para interactuar con personas “locas” y “peligrosas”(Malhi et al., 2003). Estas ideas se sostienen en una crítica a la psiquiatría por la vaguedad de sus diagnósticos y la falta de una base científica sólida [22]. Incluso se le considera como un trabajo inferior o no “real” (Wells, Ryan y McElwee, 2000).

Además se ha observado que existen actitudes negativas por parte de las redes de apoyo social de los profesionales en formación, que reaccionan negativamente cuando éstos eligen especialidades ligadas a la salud mental (Cathoor et al., 2014). Esta labor despierta aprehensiones en los cercanos, que implícitamente se asientan en la idea del contagio en la relación con usuarios con TMG (Kalra, 2012; Wells et al., 2000).

#### **Consecuencias del Estigma Asociativo en proveedores de salud mental.**

El estigma asociativo afecta a nivel personal, aumentando el autoestigma profesional y por tanto la autoimagen (Gaebel et al 2015). En el ámbito del trabajo, se asocia a una mayor insatisfacción laboral (Verhaeghe & Bracke, 2012). Esto ha llevado a una disminución, a nivel mundial, del reclutamiento de profesionales en las áreas de psiquiatría y enfermería psiquiátrica (Katschnig, 2010), debido a la impopularidad que tiene el área entre la población y los trabajadores de la salud (DeKeyser y Kahana, 2006; Hayman-White y Happell, 2005; Stuhlmiller, 2003).

El estigma asociativo también afecta la interacción con los usuarios; se ha encontrado que la satisfacción usuaria de personas con diagnóstico de TMG disminuye cuando son atendidos por profesionales de salud mental que se sienten estigmatizados. El trato recibido además puede incrementar el estigma internalizado en los usuarios (Gaebel et al, 2015).

En resumen, las investigaciones muestran que los efectos del estigma asociativo se relacionan con las creencias de contagio que permean la cultura popular y afectan a los proveedores de salud y a los usuarios, generando consecuencias potencialmente perniciosas para los servicios de salud mental (Ebsworth y Foster, 2016)

#### **Medición del estigma asociativo.**

Al revisar la literatura se encuentran pocos instrumentos para evaluar el estigma asociativo. Todos desarrollados principalmente en países de habla inglesa. Sólo dos estudios presentan análisis psicométricos y mediciones de validez demostradas (Yanos et al 2017; Jesse, 2015). Ambas investigaciones construyeron los instrumentos siguiendo un procedimiento de abajo-arriba, esto es, con estudios cualitativos previos que permitieron desarrollar los ítems posteriores. El resto de los instrumentos se construyó basándose únicamente en la revisión teórica del tema o bien en la adaptación de ítems de escalas existentes (ver Tabla 1).

Se ha encontrado que el estigma asociativo está constituido por diferentes dimensiones. La investigación de Jesse (2015) reportó las dimensiones de cualidad estética, visibilidad y peligro, basadas en los criterios de estigma social de Jones et al (1984). Por otra parte, el estudio de Yanos et al (2017) encontró cuatro dimensiones: estereotipos negativos sobre la efectividad profesional, incomodidad con la divulgación, estereotipos negativos sobre las personas con enfermedad mental, y estereotipos sobre la salud mental de los profesionales.

En resumen, el estigma asociativo afecta directamente a los proveedores de salud mental tanto en aspectos personales como laborales. Producto de esto, la relación entre proveedor y usuario se puede ver afectada incrementando incluso el estigma internalizado de esto últimos. Por este motivo es necesario contar con instrumentos adecuados para evaluar oportunamente la presencia de dicho estigma.

El propósito de este estudio fue desarrollar una escala para evaluar el estigma asociativo en proveedores de salud mental que trabajan con personas con TM y evaluar su estructura factorial, fiabilidad y validez concurrente.

Esta escala se elaboró en el marco de una investigación mayor que corresponde a un trabajo de tesis doctoral sobre estigma en proveedores de en salud mental y variables asociadas.

#### **Material y Método.**

El diseño utilizado fue instrumental (Montero & León, 2002). Se estudió la estructura factorial, la consistencia interna e indicadores de validez de criterio concurrente.

##### **Participantes.**

Se utilizaron dos muestras. Una para el análisis factorial exploratorio y otra para el análisis factorial confirmatorio. Las muestras fueron por conveniencia y los participantes pertenecían a centros de salud de las áreas sanitarias de Concepción, Talcahuano, Maule, Osorno, Biobío, Nuble y Arauco.

El criterio de inclusión fue tener al menos un año de ejercicio profesional en el centro de salud y de exclusión ser personal administrativo o de reemplazo.

La muestra del estudio exploratorio del instrumento estuvo conformada por 272 proveedores de salud mental de centros de salud de nivel primario y secundario.

La edad promedio de la muestra fue de 35.3 años ( $S.D= 9.31$ ) con un rango de 21 a 66 años. El 70.2% ( $n=191$ ) fueron mujeres. Un 52% ( $n=142$ ) pertenecía a centros de atención primaria de salud. Un 23.5% ( $n=64$ ) de los participantes eran profesionales de trabajo social, un 22.8% ( $n=62$ ) de psicología, un 21% ( $n=57$ ) técnicos en enfermería, un 14% ( $n= 38$ ) de medicina general, un 5.9% ( $n=16$ ) de enfermería, un 2.2% ( $n=6$ ) de psiquiatría y un 2.9% ( $n=8$ ) de terapia ocupacional. Finalmente un 7,7% ( $n= 21$ ) correspondió a otros profesionales (ver Tabla 2)

La segunda muestra estuvo compuesta por 419 proveedores de salud . La edad promedio de la muestra fue de 36.8 años ( $S.D= 8.19$ ) con un rango de 22 a 66 años. El 72.8% ( $n=305$ ) eran mujeres. Un 40.6% de los participantes pertenecía a centros de atención primaria de salud y los restantes a centros de atención secundaria. Participaron principalmente profesionales de psicología, 33.2% ( $N=139$ ), trabajo social, 22% ( $N=92$ ), psiquiatría, 13.1% ( $N= 55$ ), técnicos en enfermería, 8.8% ( $N=37$ ), medicina general 7.6% ( $N=32$ ), enfermería 5.3% ( $n=22$ ); terapia ocupacional 4.5% ( $n=19$ ) y otros profesionales 5.5% ( $n=23$ ) (ver Tabla 2).

INSERTAR TABLA 2

## **Instrumentos**

Para evaluar la validez concurrente de la Escala de Estigma Asociativo en Mental Health Providers (ESA-MHP).

Se utilizaron tres medidas.

**1) Escala de actitudes de profesionales de la salud hacia personas con diagnóstico de Trastorno Mental (EAPS-TM).** Evalúa las actitudes estigmatizantes de los proveedores de salud hacia las personas con diagnóstico de TM. El instrumento se compone de 18 ítems distribuidos en dos dimensiones. Los niveles de consistencia interna resultaron satisfactorios, tanto de la escala total ( $\alpha = 0.87$ ;  $\omega = 0.88$ ) como de las dimensiones de “Creencias estigmatizadoras” ( $\alpha = 0.84$ ;  $\omega = 0.85$ ) y de “Infantilización y distancia relacional” ( $\alpha = 0.73$ ;  $\omega = 0.75$ ) (Vielma-Aguilera et al., manuscrito enviado a publicación). En la escala EAPS-TM un mayor puntaje indica menos presencia de estigma.

**2) Escala de Distancia Social (DS).** Evalúa el deseo de distancia social que se tiene hacia personas con diagnóstico de trastorno mental. Se utilizó la versión adaptada a Chile (Grandón, et al., 2015). El instrumento se compone de 5 ítems divididos en dos dimensiones. La consistencia interna obtenida para la dimensión “Cercanía e Interacción Social” fue de  $\alpha = 0.82$ , en tanto para la de “Intimidad y Confianza” fue de  $\alpha = 0.75$ . Se obtuvo una fiabilidad de  $\alpha = 0.78$  para la escala total.

**3) Escala de Burnout de Maslach ®.** Se utilizó las versiones del Maslach Burnout Inventory: Human Service Survey (MBI-HSS)©1.

El instrumento consta de 22 ítems distribuidos en tres escalas: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Logro Personal. Presenta adecuados niveles de confiabilidad (Olivares-Faúndez y Gil-Monte, 2009).

La aplicación de los instrumentos fue parte de un estudio mayor. Se recogió la información de manera presencial, autoaplicada. Los datos se recopilaron entre Diciembre de 2017 y Mayo de 2019.

## **Ficha de sociodemográfica.**

El protocolo de recolección de datos se completó con un apartado para recabar información sociodemográfica y laboral de los participantes.

## **Procedimiento.**

El estudio se desarrolló en etapas las que se presentan en el Diagrama 1.

INSERTAR DIAGRAMA 1

## **Etapas 1. Desarrollo del instrumento**

### **1.1 Desarrollo de la versión prototípica de la escala.**

La escala fue desarrollada en base a la revisión teórica sobre instrumentos que evalúan estigma asociativo en proveedores de salud mental (Yanos, et al., 2017; Jesse, 2015; Cathoor et al., 2014; Verhaeghe & Bracke, 2012). Se redactaron inicialmente 19 ítems. El instrumento utilizó un formato de respuesta tipo Likert con 6 alternativas, desde 1 “muy en desacuerdo” hasta 6 “muy de acuerdo”.

Esta primera versión fue sometida a evaluación mediante método de juicio de expertos ( $n=6$ ). La revisión de los ítems se basó en criterios de (a) pertinencia; (b) relevancia y (c) claridad en la comprensión. En base a las observaciones de los expertos, se procedió a eliminar 3 ítems; posteriormente la escala fue sometida a entrevista cognitiva con cinco profesionales que trabajan en centros de salud de nivel secundario.

### **1.2. Prueba piloto y preparación del instrumento.**

Se realizó una aplicación piloto del instrumento a una muestra inicial de 116 mental health care providers, la que posteriormente aumentó hasta alcanzar 272 personas de lo que fue la primera muestra.

Se realizó un análisis factorial exploratorio del instrumento. Se descartaron los ítems que tuviesen carga cruzada y un peso menor a 0.40. Se eliminaron 5 ítems, quedando la escala conformada por 11 reactivos.

---

1 Autorizado por el distribuidor del instrumento Mind Garden Inc.

## **Etapas 2. Estudio de las propiedades psicométricas del instrumento.**

### **2.1. Análisis Factorial Exploratorio de la Escala ESA-MHP de 11 ítems.**

Se realizó con la primera muestra de 272 participantes.

### **2.2. Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Estigma Asociativo (EAS-MHP)**

Se utilizó una segunda muestra de 419 participantes. Ésta se obtuvo mediante un muestreo estratificado de proveedores de salud mental de los diferentes centros de salud de las áreas sanitarias ya referidas. La unidad de muestreo fueron los centros de salud y en cada centro se invitó a participar a todos los integrantes de los equipos de salud.

Los estratos se conformaron por la combinación de área sanitaria (n=6) y nivel de atención (n=2). Dentro de cada uno de los estratos se procuró contar con substratos conformados por: centros de atención primaria (Centros de salud familiar), centros de atención secundaria (Centro de salud familiar, Hospital de día y Unidades de psiquiatría de hospitales generales).

#### **Análisis de datos.**

##### **Estrategia de análisis de datos.**

Se revisó la base de datos y no se encontraron datos perdidos. Posteriormente se hizo análisis de los estadísticos descriptivos de cada muestra. Para los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio, se calculó el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett para definir criterios de pertinencia del análisis. Para determinar el número de factores se aplicó el análisis paralelo de Horn. Como método de extracción de factores se utilizó mínimos cuadrados y rotación oblimin.

Para el análisis de fiabilidad de las escalas se determinó el índice de confiabilidad Alpha de Cronbach y el coeficiente Omega Total de McDonald.

Junto a los análisis anteriores se revisaron los ítems con el procedimiento de análisis de correlación ítems/test y se estimó el posible efecto de la varianza de método común de todos los ítems de la escala a través del test de Harman. Posteriormente, se puso a prueba la validez concurrente, para lo cual se empleó análisis de correlaciones bivariadas de Pearson.

Para los análisis se utilizó el programa R Studio versión 1.2.1335. El análisis factorial confirmatorio se ejecutó utilizando el paquete lavaan de r (Rosseel, 2012). Se utilizó el método de MLR y WSLMV. Los índices de bondad de ajuste fueron interpretados en base a criterios basados en la literatura (Brooke, Russell, & Price, 1998; Byrne, 2001)

#### **Consideraciones Éticas.**

El estudio fue aprobado por los comités de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y los de las áreas sanitarias de Concepción, CEC 17-11-78; Talcahuano, código CEC N° 05 (08-01-2019); Biobío, CEC N°45 (03-04-2018); Arauco, RCT (08-01-2018); Ñuble, CEC 03-19; Maule, CEC 26-09-2018 y Osorno, CEC 5216. Se proporcionó a cada participante información escrita sobre el estudio y un formulario de consentimiento informado. Después de leer la información y aceptar participar en el estudio firmando el formulario, las personas recibieron el set de instrumentos. Los protocolos se diseñaron considerando los derechos de los participantes incluidos en los lineamientos indicados en los acuerdos de la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2017).

#### **Resultados**

Análisis factorial exploratorio (muestra 1).

El test de esfericidad de Bartlett fue significativo ( $\chi^2(55)=733,801, p<0,001$ ) y el test de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin arrojó un valor de  $KMO=0,825$ . Los resultados indicaron que la matriz de datos era factorizable. Se procedió a realizar el análisis paralelo de Horn en base a 5000 muestras aleatorias que sugirió una solución inicial de 2 dimensiones (citas 37-39 artículo EAPS-TM)

La solución fue adecuada. La varianza explicada fue de un 38% y la correlación entre dimensiones de  $r_p=0,34$ . (ver Tabla 3).

El primer factor fue denominado "Actitudes negativas hacia el trabajo" y se refiere a las creencias erróneas y prejuicios que los profesionales y técnicos perciben que tienen las personas sobre el trabajo en el área de la salud mental. Este factor quedó conformado por 8 ítems (1, 5, 6, 7, 9, 12, 16 y 18). Un ejemplo de ítem es: "Algunas personas reaccionan negativamente cuando saben que soy profesional en un centro de salud mental". Un puntaje elevado en este factor indicaría mayor percepción de creencias y prejuicios hacia los proveedores de salud mental.

El segundo factor se denominó como Vergüenza a la revelación y alude a la incomodidad y malestar que causa a los profesionales y técnicos de salud mental revelar su lugar de trabajo. Está compuesto por 3 ítems: 3, 10 y 14; por ejemplo A veces evito decirle a la gente donde trabajo. Un puntaje elevado en este factor indicaría mayor vergüenza de revelar a los demás que se trabaja en la salud mental.

Los índices de fiabilidad para la escala total fueron de  $\alpha=0.79$  y  $\omega=0.91$ . Para el factor 1, se obtuvo un  $\alpha=0.73$  y  $\omega=0.85$  y para el factor 2 se obtuvo un  $\alpha=0.69$  y  $\omega=0.84$ .

#### **Análisis Factorial Confirmatorio (muestra 2).**

Se realizó un análisis factorial confirmatorio con la muestra de 419 profesionales y técnicos en salud mental. Se utilizó una solución con estimador MLR y con estimador WLSMV. Esta última fue la utilizada para los resultados finales.

Se encontró un ítem con carga cruzada el cual fue eliminado (ítem 6). En la solución final el instrumento quedó conformado por 10 ítems. El modelo mejor ajustado para la escala de 10 ítems presentó los siguientes resultados:

$\chi^2(34)=79.167$ ,  $p<0.001$ ;  $\chi^2/l=2.32$ ; CFI=0.972; TLI=0.962; RMSEA=0.069; CI=[0.054-0.085];  $p=0.242$ . (ver Tabla 4)

La correlación latente entre las dimensiones de Actitudes negativas hacia el trabajo y Vergüenza a la revelación fue de  $rp=0.47$ . Los resultados obtenidos confirman la estructura bidimensional de la ESA-MHP (ver Figura 1).

Los índices de fiabilidad para la escala total fueron de  $\alpha=0.78$  y  $\omega=0.90$ . Para la dimensión "Actitudes negativas hacia el trabajo" fueron de  $\alpha=0.80$  y  $\omega=0.84$ , en tanto para Vergüenza a la revelación fueron de  $\alpha=0.55$  y  $\omega=0.79$ .

#### **Validez concurrente (muestra 2).**

Respecto de la validez concurrente del instrumento (ver tabla correlaciones), tal como se esperaba, la escala de Agotamiento emocional correlacionó positivamente con la dimensión de "Actitudes negativas hacia el trabajo" ( $r=0.196$ ,  $p<0.001$ ) y con la dimensión de "Vergüenza a la revelación" ( $r=0.141$ ,  $p<0.01$ ). Lo mismo ocurrió con la escala de Despersonalización y la dimensión de "Actitudes negativas hacia el trabajo" ( $0.188$ ,  $p<0.01$ ) y con Vergüenza a la revelación ( $0.215$ ,  $p<0.01$ ). Por tanto, el estigma asociativo correlaciona de forma positiva, significativa y moderada con las variables de despersonalización y agotamiento emocional.

La dimensión de Actitudes negativas hacia el trabajo correlacionó positivamente con las dimensiones de la escala de distancia social, no obstante solo fue significativa la correlación con la dimensión de Intimidad y confianza ( $r=0.162$ ,  $p<0.01$ ).

La dimensión de Vergüenza a la revelación correlacionó negativamente con la dimensión de Intimidad y confianza ( $r=-0.178$ ,  $p<0.01$ ) y con la dimensión de Cercanía e Interacción Social ( $r=-0.051$ ,  $p=0.299$ ).

Finalmente, se observaron correlaciones positivas aunque no significativas entre la dimensión de Actitudes negativas hacia el trabajo y Creencias estigmatizantes ( $r=0.058$ ,  $p=0.233$ ) y con la dimensión de Infantilización y distancia relacional ( $r=0.038$ ,  $p=0.444$ ).

Por otra parte, la dimensión de Vergüenza a la revelación correlacionó negativamente con la dimensión de Creencias estigmatizantes ( $r=-0.176$ ,  $p<0.01$ ) y con la dimensión de Infantilización y distancia relacional ( $r=-0.275$ ,  $p<0.01$ ). Por tanto, cuando aumentan la vergüenza a la revelación del lugar de trabajo en los proveedores de salud mental, también aumentan las creencias negativas y la infantilización y distancia relación que éstos tienen hacia los usuarios con diagnóstico de trastorno mental (ver Tabla 5)

#### **Discusión**

La escala de Estigma Asociativo ESA-MHP es un instrumento válido y confiable por lo que puede ser una buena opción para evaluar el estigma que presentan los proveedores de salud mental asociado a su trabajo.

Los dos factores identificados -"Actitudes Negativas hacia el trabajo" y "Vergüenza a la revelación"- resultan claros y coherentes, lo que se ve avalado por la adecuada consistencia interna de cada uno.

Desde el punto de vista conceptual, ambas dimensiones se relacionan con constructos teóricos encontrados en estudios previos (Yanos et al., 2017?). Respecto de los resultados psicométricos se puede

apreciar que la dimensión de *Actitudes negativas hacia el trabajo* arrojó índices de confiabilidad altos, medidos por el índice Alpha de Cronbach y el índice Omega Total de Mc Donald.

La dimensión de Vergüenza a la revelación presentó un índice de confiabilidad moderado con el índice Alpha de Cronbach ( $\alpha=0,55$ ), sin embargo fue alto con el coeficiente Omega Total de McDonald ( $\omega=0,79$ ). Conforme a lo planteado por Nunnally y Bernstein (1995), este valor podría considerarse un puntaje aceptable y bueno siendo un primer estudio de validación de un instrumento. Del mismo modo, Verhaeghe y Bracke (2012) reportan que un valor Alpha cercano a 0,5 podría considerarse moderado para una escala de pocos ítems.

No obstante, se debe considerar con cautela los resultados obtenidos con esta segunda dimensión.

El análisis factorial confirmatorio indica un grado alto de correlación entre las dos dimensiones obtenidas, pero inferior a 0.50. Por este motivo, pueden considerarse como factores diferentes y a la vez como parte de una única escala. Dado que la consistencia interna de la escala total es alta, se justifica obtener tanto un puntaje total, como puntajes por las dimensiones.

La escala total y los factores muestran relaciones positivas con las escalas de Despersonalización y Agotamiento Emocional, que son indicadoras de Burnout. Al respecto, los resultados son similares a estudios previos (Verhaeghe & Bracke, 2012; Yanos et al, 2017).

Es necesario realizar otras evaluaciones para precisar los resultados obtenidos con la escala de distancia social (DS) y de actitudes estigmatizantes (EAPS-TM), ya que no fueron determinantes.

#### Limitaciones y fortalezas

El instrumento analizado corresponde a un autoinforme, con las fortalezas y limitaciones que ello supone. En particular, dada la naturaleza de su objeto, existe una fuerte posibilidad de sesgo de deseabilidad social. Sería de interés poder contrastar los valores que se obtiene de su empleo con los que pudieran obtenerse de medidas análogas informadas por otros observadores.

La principal limitación de la investigación fue que las muestras fueron por conveniencia, aunque la segunda era estratificada. Al realizar futuros estudios sería deseable analizar la invarianza de medición para comprobar la estructura del instrumento. Asimismo, sería conveniente evaluar la robustez de la solución factorial obtenida como la confiabilidad test-retest del instrumento.

La principal fortaleza de esta investigación fue el uso de dos muestras distintas, pero provenientes de la misma población, para estudiar las propiedades psicométricas del instrumento. Los resultados demostraron consistencia y coherencia entre los análisis factoriales desarrollados en ambas muestras, lo que apoya la robustez del ESA-MHP para evaluar el estigma.

#### Conclusiones

El instrumento ESA-MHP es la primera escala elaborada en Latinoamérica para medir estigma asociativo en población de proveedores de salud mental. Los procedimientos realizados permitieron desarrollar un instrumento confiable, válido y versátil, por su sencillez y fácil administración para medir estigma asociativo en dicha población.

Los índices de bondad de ajuste fueron adecuados tanto del modelo MLR como el WLSMV. Ambas soluciones observadas funcionan bien, por lo que los puntajes de la escala pueden ser tomados como datos numéricos o categóricos. Sin embargo, la solución con el estimador WLSMV permite capturar mejor la relación entre los ítems. No obstante, si se desea trabajar con estos indicadores, se debe considerar la naturaleza categórica de los datos, por lo que deben ser analizados con SEM (Structural Equation Model) o considerar la teoría de respuesta al ítem. Al utilizar esta solución, se obtiene un análisis más preciso del constructo latente.

El estigma asociativo puede tener consecuencias negativas para los proveedores de servicios de salud mental, lo que repercute en la atención de los usuarios. Por tanto, es conveniente poder evaluarlo para así buscar alternativas de intervención que permitan disminuirlo. La escala ESA-MHP parece ser una herramienta útil para estudiar este fenómeno.

Los autores declaran no tener conflictos de interés con las instituciones participantes.

### 9.3 Instrumentos



#### Proyecto de Investigación

“Evaluación de variables individuales, de los equipos y centros de salud que contribuyen a la estigmatización de las personas con trastornos mentales graves por parte de los profesionales y técnicos de la salud mental”.

### Set Instrumentos Profesionales / Técnicos Salud Mental

Agradecemos su buena disposición e interés en participar en el proyecto de investigación.

Su participación es voluntaria y la información que usted nos entregue será tratada de manera confidencial.

Para esta investigación se requiere que usted pueda completar los instrumentos que se presentan a continuación.

Es necesario que usted pueda responder de manera COMPLETA cada uno de los instrumentos, por lo que le rogamos pueda revisar sus respuestas antes de devolverlos.

Las preguntas buscan conocer su percepción sobre algunos aspectos relacionados con el trabajo con personas con trastorno mental y su percepción acerca de éstos, por lo que si se plantean situaciones que usted no ha vivido, le solicitamos pueda responder conforme usted cree que actuaría o sentiría al respecto.

No existen respuestas buenas o malas.

**Gracias por colaborar en esta investigación**

**Ficha Sociodemográfica y Laboral**

Estimado Profesional/Técnico del área de salud mental:

A continuación se le solicita pueda completar la siguiente información requerida sobre aspectos personales y profesionales.

La información de identificación es sólo para fines de control interno de la investigación. Estos datos no serán divulgados por ningún medio, cumpliendo con las exigencias legales vigentes sobre investigaciones con personas.

<b>RUT</b>	<input type="text"/>	<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<b>Edad</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Años</b>
------------	----------------------	-------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------	----------------------	----------------------	-------------

<b>Nombre del Dispositivo de Salud:</b>	<input type="text"/>
<b>Nivel de atención del dispositivo:</b> Primario ( ) Secundario ( )	<input type="text"/>

<b>Estado Civil</b>	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Conviviente
---------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

Profesión (marque con una X)		Ejercicio Profesional y Capacitación en Salud Mental			
1.	Psiquiatra	Años de Ejercicio Profesional		<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	Médico General	Años de Ejercicio Profesional en área de Salud Mental		<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	Psicólogo/a	Horas de Capacitación en área de Salud Mental		<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	Trabajador/a Social	Horas de Capacitación / Supervisión en atención de personas con TMG.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	Terapeuta Ocupacional			<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	Enfermero/a			<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	Técnico Paramédico			<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	Otra (especifique):			<input type="text"/>	<input type="text"/>
				<b>Doctor</b>	<input type="checkbox"/>
				<b>Magister</b>	<input type="checkbox"/>
				<b>Post-título</b>	<input type="checkbox"/>

Tipo de contrato		Escriba con números la cantidad de Horas que usted trabaja en el dispositivo	
Marque con una X su situación actual de Tipo Contrato.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Contrato indefinido		<input type="text"/>	Horas
<input type="checkbox"/> Contrato a plazo fijo		<input type="text"/>	Horas
<input type="checkbox"/> Honorario		<input type="text"/>	Horas
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):		<input type="text"/>	Horas

Marque con una X sólo una alternativa.

¿Cuántas veces ud. se ha cambiado de lugar de trabajo?.

<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2 veces	<input type="checkbox"/> 3 o más veces	<input type="checkbox"/> Nunca
--------------------------------	----------------------------------	--	--------------------------------

¿Cual es la principal razón del cambio?

Escriba aquí: \_\_\_\_\_

¿Cuántos personas de su equipo se han cambiado de trabajo en los últimos 6 meses?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más	<input type="checkbox"/> Ninguna
----------------------------	----------------------------	----------------------------------	----------------------------------

<b>Número de profesionales que conforman su equipo de trabajo (indique un numero por casilla)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------	----------------------

**Tipos de intervenciones.**

Indique en qué porcentaje su equipo utiliza los tipos de intervenciones señalados para tratar a personas con trastornos mentales graves. Deben completar 100% al sumar todas las intervenciones. Luego marque solo una X por cada opción que mejor represente el nivel de organización que existe para que el equipo pueda aplicar cada intervención.

Tipos de Intervenciones	Escriba aquí el porcentaje	Nivel de Implementación organizacional para la aplicación de la intervención. Marque con una "X" la alternativa que ud. considere que representa el nivel de implementación de cada forma de intervención		
		Sin organización / sin protocolo. Depende del juicio de los profesionales o técnicos a cargo	Existen algunos protocolos pero no se aplican de forma estricta	Con protocolos y Pautas bien definidas (seguimientos, estadística de datos)
Farmacología	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia Psicológica	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia Grupal	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervenciones Comunitarias	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra. Especifique:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total</b>	<b>100%</b>			

### Escala Cultura Organizacional (OCAI)

A continuación responda respecto de su lugar de trabajo (Hospital, COSAM, CESFAM, Unidad). Se utiliza el concepto de organización como genérico. Cada dimensión a evaluar consta de 4 ítems. Debe completar por cada dimensión un total de 100% para la situación ACTUAL (cómo se presentan las situaciones actualmente) y luego el porcentaje para la situación PREFERIDO (según lo que usted desearía que ocurriese).

**Ejemplo:**

1. DIMENSIÓN CARACTERÍSTICAS DOMINANTES	Actual	Preferido
La organización es un lugar muy personal. Es como una familia. Las personas disfrutan de la compañía de otros.	10	30
La organización es un lugar muy dinámico con características emprendedoras. A las personas les gusta tomar riesgos.	0	10
La organización está muy orientada a los resultados. La mayor preocupación es hacer el trabajo bien hecho.	50	30
La organización es muy estructurada y controlada. Generalmente los procedimientos dicen a las personas qué hacer.	40	30
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

1. DIMENSIÓN CARACTERÍSTICAS DOMINANTES	Actual	Preferido
A. La organización es un lugar muy personal. Es como una familia. Las personas disfrutan de la compañía de otros.		
B. La organización es un lugar muy dinámico con características emprendedoras. A las personas les gusta tomar riesgos.		
C. La organización está muy orientada a los resultados. La mayor preocupación es hacer el trabajo bien hecho. Las personas son competitivas entre sí.		
D. La organización es muy estructurada y controlada. Generalmente los procedimientos dicen a las personas qué hacer.		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

2. DIMENSIÓN LIDERAZGO ORGANIZACIONAL	Actual	Preferido
A. El liderazgo de la organización es generalmente usado como un instrumento de facilitar, guiar y enseñar a sus miembros.		
B. El liderazgo de la organización es generalmente usado como un instrumento para apoyar la innovación, el espíritu emprendedor y la toma de riesgos.		
C. El liderazgo de la organización es generalmente usado para asegurar el logro de los resultados		
D. El liderazgo de la organización es generalmente usado para coordinar, organizar o mejorar la eficiencia.		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

3. DIMENSIÓN ADMINISTRACIÓN DEL RECURSO HUMANO	Actual	Preferido
A. El estilo de manejo del recurso humano se caracteriza por el trabajo en equipo, el consenso y la participación.		
B. El estilo de manejo del recurso humano se caracteriza por el individualismo y libertad.		
C. El estilo de manejo del recurso humano se caracteriza por la alta competencia y exigencias.		
D. El estilo de manejo del recurso humano se caracteriza por dar seguridad de los puestos de trabajo y la estabilidad en las relaciones humanas.		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

4. DIMENSIÓN UNIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	Actual	Preferido
A. Lo que mantiene unido a la organización es la lealtad y la confianza mutua.		
B. Lo que mantiene unido a la organización son los deseos de innovación y desarrollo. Existe un énfasis en estar al límite.		
C. Lo que mantiene unido a la organización es el cumplimiento de metas. El ganar y tener éxito son temas comunes.		
D. Lo que mantiene unido a la organización son las políticas y las reglas. Mantener a la organización en marcha es lo importante.		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

5. DIMENSIÓN ÉNFASIS ESTRATÉGICO	Actual	Preferido
A. La organización enfatiza el desarrollo humano. La confianza es alta, junto con la apertura y la participación.		
B. La organización enfatiza la adquisición de nuevos recursos y desafíos. El probar nuevas cosas y la búsqueda de oportunidades son valoradas.		
C. La organización enfatiza el hacer acciones competitivas y ganar espacios en los mercados.		
D. La organización enfatiza la permanencia y la estabilidad. La eficiencia, el control y la realización correcta del trabajo son importantes.		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

6. DIMENSIÓN CRITERIO DE ÉXITO	Actual	Preferido
A. La organización define el éxito sobre la base del desarrollo de los recursos humanos, el trabajo en equipo, las relaciones personales y el reconocimiento de las personas.		
B. La organización define el éxito sobre la base de contar con un producto único o el más nuevo. Se debe ser líder en productos e innovación.		
C. La organización define el éxito sobre la participación de mercado y el desplazamiento de la competencia. El liderazgo de mercado es la clave.		
D. La organización define el éxito sobre la base de la eficiencia en el cumplimiento de sus tareas.		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Escala de Actitudes de Profesionales de la Salud hacia los trastornos mentales graves.</b> A continuación se presentan 24 afirmaciones con las que usted puede o no puede estar de acuerdo. Por favor encierre en un círculo la respuesta que mejor indique su opinión.	1. Muy de Acuerdo	2. De acuerdo	3. Un poco de acuerdo	4. Un poco en desacuerdo	5. En desacuerdo	6. Muy en desacuerdo
1. Me siento tan cómodo hablando con una persona con un trastorno mental como con una persona que tiene una enfermedad física.	1	2	3	4	5	6
2. Aprendo sobre salud mental sólo cuando debo abordar un caso de ese tipo.	1	2	3	4	5	6
3. Estoy de acuerdo con que las personas con trastorno mental grave puedan leer sus fichas médicas.	1	2	3	4	5	6
4. Los derechos en salud de las personas con trastorno mental grave deben limitarse según la gravedad de su sintomatología.	1	2	3	4	5	6
5. Los profesionales y técnicos de salud mental requieren contar con medidas de seguridad cuando tratan a personas con trastorno mental grave	1	2	3	4	5	6
6. Si yo tuviera un trastorno mental grave, evitaría buscar ayuda.	1	2	3	4	5	6
7. La atención de personas con trastorno mental grave debe hacerse exclusivamente en centros de atención especializada.	1	2	3	4	5	6
8. Estoy dispuesto a relacionarme con personas con trastorno mental grave sólo en el plano laboral.	1	2	3	4	5	6
9. Las personas con un trastorno mental grave son a menudo peligrosas.	1	2	3	4	5	6
10. Si yo tuviera un trastorno mental, evitaría admitirlo frente a mis amigos/as por temor a ser tratado/a de manera diferente.	1	2	3	4	5	6
11. Los problemas de salud física de las personas con trastorno mental grave suelen ser producto de sus síntomas psiquiátricos.	1	2	3	4	5	6
12. Me siento mejor ayudando a personas con enfermedades físicas que a personas que presentan trastornos mentales graves.	1	2	3	4	5	6
13. Las personas con trastorno mental grave solo pueden trabajar en ambientes protegidos.	1	2	3	4	5	6
14. Una forma efectiva de tratar a los usuarios/as con trastorno mental grave es ejerciendo autoridad sobre ellos/as.	1	2	3	4	5	6
15. Las personas con trastorno mental grave tienden a resistirse más a los tratamientos de salud que otros/as usuarios/as.	1	2	3	4	5	6
16. Es muy fácil reconocer a alguien que alguna vez tuvo un trastorno mental grave por su comportamiento extraño.	1	2	3	4	5	6
17. Los trastornos mentales graves son enfermedades crónicas.	1	2	3	4	5	6
18. Las personas con trastorno mental grave son débiles de carácter.	1	2	3	4	5	6
19. Es riesgoso que una persona con trastorno mental grave quiera vivir solo/a o de manera independiente.	1	2	3	4	5	6
20. Las personas con un trastorno mental grave nunca podrán recuperarse lo suficiente como para tener una buena calidad de vida.	1	2	3	4	5	6
21. Las personas con trastorno mental grave tienen dificultades para tomar decisiones, por eso es conveniente que los/las profesionales y técnicos de salud mental les ayuden	1	2	3	4	5	6
22. Las personas con trastorno mental grave tienden a ser impredecibles en su actuar.	1	2	3	4	5	6
23. Si yo tuviera un trastorno mental, evitaría admitirlo frente a mis compañeros/as de trabajo por temor a ser tratado/a de manera diferente.	1	2	3	4	5	6
24. Para asegurar que el tratamiento se cumpla, el/la usuario/a con trastorno mental grave debe venir siempre acompañado de un familiar a la consulta.	1	2	3	4	5	6

<b>Escalas de Conflicto y Ambigüedad de Rol.</b> A continuación hay algunas afirmaciones en relación a su trabajo. Piense con qué frecuencia le surgen a usted esas ideas o con qué frecuencia las siente. Marque con una cruz la categoría que mejor represente su opinión en relación a los aspectos consultados, o, la alternativa que considere más cercana a su preferencia.	Nunca	Algunas veces al año	Algunas veces al mes	Algunas veces por semana	Todos los días
1. Tengo que hacer cosas de forma diferente a como pienso que deben hacerse.	0	1	2	3	4
2. Se me pide que realice funciones y tareas para las que no estoy autorizado/a.	0	1	2	3	4
3. Tengo que trabajar con dos o más grupos que hacen las cosas de manera bastante diferente.	0	1	2	3	4
4. Recibo demandas incompatibles de dos o más personas.	0	1	2	3	4
5. Se me asignan tareas/funciones sin los recursos y medios materiales necesarios para realizarlas.	0	1	2	3	4
6. Conozco el grado de autoridad que tengo en mi trabajo.	0	1	2	3	4
7. Los objetivos y metas de mi trabajo son claros y están planificados.	0	1	2	3	4
8. Conozco cuáles son mis responsabilidades en el trabajo.	0	1	2	3	4
9. Conozco los criterios con los que me evalúan.	0	1	2	3	4
10. Sé exactamente lo que se espera de mí en el trabajo.	0	1	2	3	4

Instrucciones: Por favor lea la siguiente descripción de una persona con un trastorno mental y conteste las preguntas. Encierre en un círculo la respuesta que mejor indique su opinión.

**Juan tiene 28 años de edad. Necesita inyectarse un medicamento una vez al mes por su trastorno mental. Hace tres años atrás fue hospitalizado por varias semanas, porque escuchaba voces y pensaba que tenía el poder de causar terremotos. Ha trabajado de manera ocasional como obrero, pero le cuesta concentrarse y relacionarse con los demás. Su última crisis fue hace un año, llegó a creer que las personas que iban por la calle hablaban mal de él y le enviaban mensajes telepáticos.**

	Totamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 ¿Aceptarías como vecino a una persona como Juan?	1	2	3	4	5
2 ¿Serías amigo de una persona como Juan?	1	2	3	4	5
3 ¿Tendrías como pareja a alguien como Juan?	1	2	3	4	5
4 Si tuvieses hijos, ¿acceptarías que cuidara de ellos una persona como Juan?	1	2	3	4	5
5 ¿Te sentirías cómodo (a) de conversar con alguien como Juan?	1	2	3	4	5

<b>Escalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización</b> A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. RESPONDA según como lo siente.							
	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	0	1	2	3	4	5	6
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	0	1	2	3	4	5	6
4. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
5. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
6. Siento que mi trabajo me está desgastando	0	1	2	3	4	5	6
7. Siento que me he hecho más duro con la gente	0	1	2	3	4	5	6
8. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
9. Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
10. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
11. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
12. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	0	1	2	3	4	5	6
14. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

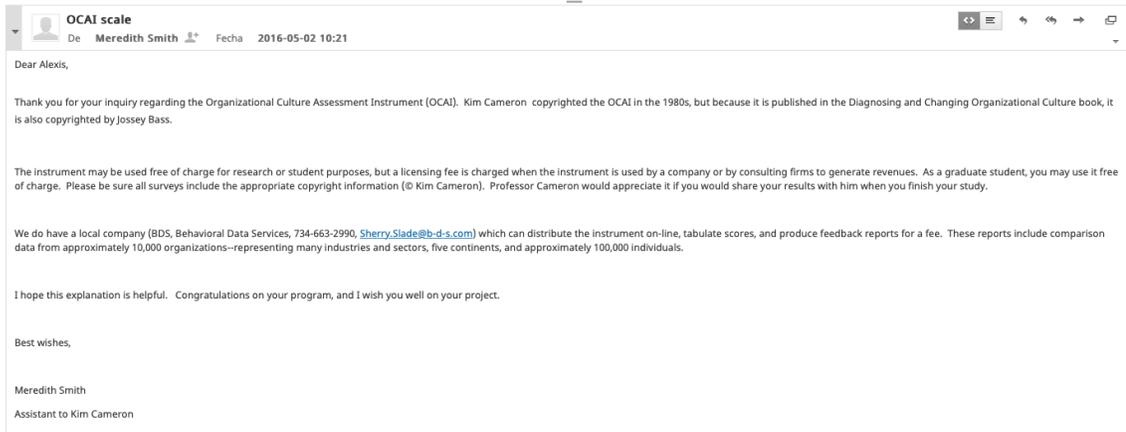
<b>Escala Compromiso Organizacional 2 R- COMMITMENT SCALE</b> Instrucciones: Lea cuidadosamente cada uno de los siguientes enunciados y marque con una cruz la categoría que mejor represente su opinión acerca de los sentimientos o creencias que usted tiene sobre su institución u organización de trabajo.					
	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Indeciso	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Me gustaría continuar el resto de mi carrera profesional en esta organización.	1	2	3	4	5
2. Creo que no estaría bien dejar esta organización aunque me vaya a beneficiar en el cambio.	1	2	3	4	5
3. Si continúo en esta organización es porque en otra no tendría las mismas ventajas y beneficios que recibo aquí.	1	2	3	4	5
4. Siento de verdad, que cualquier problema en esta organización, es también mi problema.	1	2	3	4	5
5. Creo que debo mucho a esta organización.	1	2	3	4	5
6. Aunque quisiera, sería muy difícil para mí dejar este trabajo ahora mismo.	1	2	3	4	5
7. Trabajar en esta organización significa mucho para mí.	1	2	3	4	5
8. Esta organización se merece mi lealtad.	1	2	3	4	5
9. Una de las desventajas de dejar esta organización es que hay pocas posibilidades de encontrar otro empleo.	1	2	3	4	5
10. En esta organización me siento como en familia.	1	2	3	4	5
11. No siento ninguna obligación de tener que seguir trabajando para esta organización.	1	2	3	4	5
12. Si ahora decidiera dejar esta organización muchas cosas en mi vida personal se verían interrumpidas.	1	2	3	4	5
13. Estoy orgulloso de trabajar en esta organización.	1	2	3	4	5
14. Me sentiría culpable si ahora dejara esta organización.	1	2	3	4	5
15. En este momento, dejar esta organización supondría un gran costo para mí.	1	2	3	4	5
16. No me siento emocionalmente unido a esta organización.	1	2	3	4	5
17. Creo que no podría dejar esta organización porque siento que tengo una obligación con la gente de aquí.	1	2	3	4	5
18. Creo que si dejara esta organización no tendría muchas opciones de encontrar otro trabajo.	1	2	3	4	5
19. Me siento parte integrante de esta organización	1	2	3	4	5
20. Ahora mismo, trabajo en esta organización más porque lo necesito que porque yo quiera.	1	2	3	4	5
21. Podría dejar este trabajo aunque no tenga otro a la vista.	1	2	3	4	5

<b>Escala de Estigma Asociativo.</b>	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Un poco de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con el trabajo en salud mental. Por favor encierre en un círculo la respuesta que mejor indique su opinión.						
1. Algunas personas reaccionan negativamente cuando saben que soy profesional en un centro de salud mental.	1	2	3	4	5	6
2. Me incomoda mucho trabajar en salud mental por el tipo de usuarios que se atiende.	1	2	3	4	5	6
3. Algunas personas hacen bromas cuando saben que trabajo con personas que tienen problemas de salud mental.	1	2	3	4	5	6
4. Cuando me consultan sobre mi lugar de trabajo debo explicar los motivos que tengo para trabajar ahí.	1	2	3	4	5	6
5. La gente relaciona trabajar en salud mental con tener un problema de salud mental.	1	2	3	4	5	6
6. Los profesionales y técnicos que trabajan en salud mental son menos valoradas que los profesionales y técnicos que trabajan en salud física.	1	2	3	4	5	6
7. A veces me siento avergonzado de trabajar en salud mental.	1	2	3	4	5	6
8. Las personas tienen prejuicios sobre el lugar donde trabajo.	1	2	3	4	5	6
9. A veces evito decirle a la gente donde trabajo.	1	2	3	4	5	6
10. Algunas personas hacen comentarios descalificadores en relación a mi trabajo en salud mental.	1	2	3	4	5	6
11. Trabajar en salud mental tiene mala imagen en la sociedad.	1	2	3	4	5	6

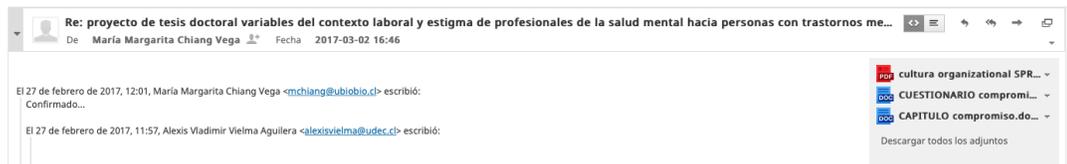
<b>Escala Clima Organizacional de Kays &amp; Decottis.</b>	Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No está seguro	De acuerdo	Muy de acuerdo
Instrucciones: Lea cuidadosamente cada uno de los siguientes enunciados y marque con una cruz la categoría que mejor represente su opinión en relación a los aspectos consultados, o la alternativa que considere más cercana a su preferencia.					
1. Tomo la mayor parte de las decisiones que influyen en el desempeño mi trabajo	1	2	3	4	5
2. Las personas que trabajan en mi unidad se ayudan los unos a los otros.	1	2	3	4	5
3. Puedo confiar en que mi jefe directo no divulgue las cosas que le cuento en forma confidencial.	1	2	3	4	5
4. Tengo mucho trabajo y poco tiempo para realizarlo.	1	2	3	4	5
5. Puedo contar con la ayuda de mi jefe directo cuando la necesito	1	2	3	4	5
6. Puedo contar con una felicitación cuando realizo bien mi trabajo.	1	2	3	4	5
7. Puedo contar con un trato justo por parte de mi jefe directo.	1	2	3	4	5
8. Mi jefe directo me anima a desarrollar mis propias ideas.	1	2	3	4	5
9. Yo decido el modo en que ejecutaré mi trabajo	1	2	3	4	5
10. Las personas que trabajan en mi unidad se llevan bien entre sí.	1	2	3	4	5
11. Mi jefe directo es una persona de principios o valores definidos	1	2	3	4	5
12. Mi trabajo me permite tener tiempo para otras cosas, además de mis responsabilidades.	1	2	3	4	5
13. A mi jefe directo le interesa que me desarrolle profesionalmente en esta Institución.	1	2	3	4	5
14. La única vez que se habla sobre mi rendimiento es cuando he cometido un error.	1	2	3	4	5
15. Los objetivos que fija mi jefe directo para mi trabajo son razonables.	1	2	3	4	5
16. A mi jefe directo le agrada que yo sugiera nuevas formas de hacer mi trabajo	1	2	3	4	5
17. Yo propongo mis propias actividades de trabajo.	1	2	3	4	5
18. En las personas que trabajan en mi unidad existe una preocupación y cuidado por el otro.	1	2	3	4	5
19. Mi jefe directo es una persona con quien se puede hablar abiertamente.	1	2	3	4	5
20. En mi institución los usuarios están cada vez más exigentes con la demanda de atención.	1	2	3	4	5
21. Mi jefe directo me respalda 100%	1	2	3	4	5
22. Mi jefe directo conoce mis puntos fuertes y me los hace notar.	1	2	3	4	5
23. Es poco probable que mi jefe directo me alabe sin motivos.	1	2	3	4	5
24. Mi jefe directo me anima a mejorar las formas de hacer las cosas.	1	2	3	4	5
25. Determino los estándares de ejecución de mi trabajo.	1	2	3	4	5
26. Existe espíritu de "trabajo en equipo" entre las personas que trabajan en mi unidad.	1	2	3	4	5
27. Mi jefe directo cumple con los compromisos que adquiere conmigo.	1	2	3	4	5
28. Me siento agotado a pesar de tener mis correspondientes días de descanso.	1	2	3	4	5
29. Es fácil hablar con mi jefe directo sobre problemas relacionados con el trabajo.	1	2	3	4	5
30. Mi jefe directo es rápido para reconocer una buena ejecución.	1	2	3	4	5
31. Mi jefe directo no muestra favoritismos entre los trabajadores	1	2	3	4	5
32. Mi jefe directo me anima a encontrar nuevas formas de enfrentar antiguos problemas.	1	2	3	4	5
33. Organizo mi trabajo como mejor me parece.	1	2	3	4	5
34. Siento que tengo muchas cosas en común con la gente que trabaja en mi unidad.	1	2	3	4	5
35. Es probable que mi jefe directo no me dé un mal consejo.	1	2	3	4	5
36. La institución me exige más de lo que puedo dar.	1	2	3	4	5
37. Mi jefe directo me respalda y deja que yo aprenda de mis propios errores.	1	2	3	4	5
38. Mi jefe directo me utiliza como ejemplo de lo que se debe hacer.	1	2	3	4	5
39. Si mi jefe directo prescinde de alguien es porque probablemente esa persona se lo merece.	1	2	3	4	5
40. Mi jefe directo "valora" nuevas formas de hacer las cosas.	1	2	3	4	5
41. Me falta tiempo para atender a los usuarios	1	2	3	4	5
42. A menudo escucho quejas de los usuarios por la lentitud de la atención.	1	2	3	4	5

## 9.4 Autorizaciones usos instrumentos

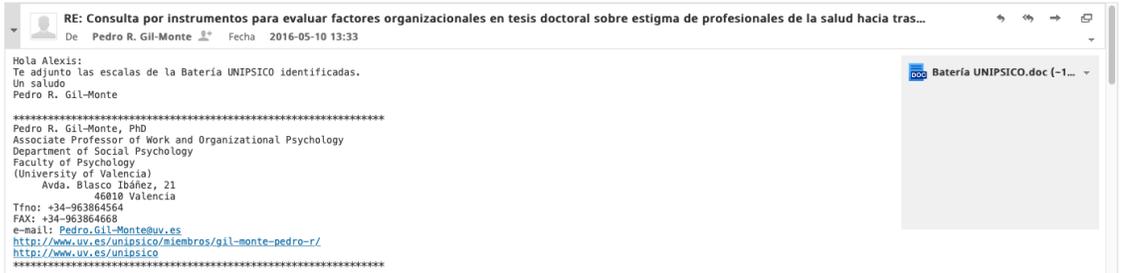
### Escala OCAI.



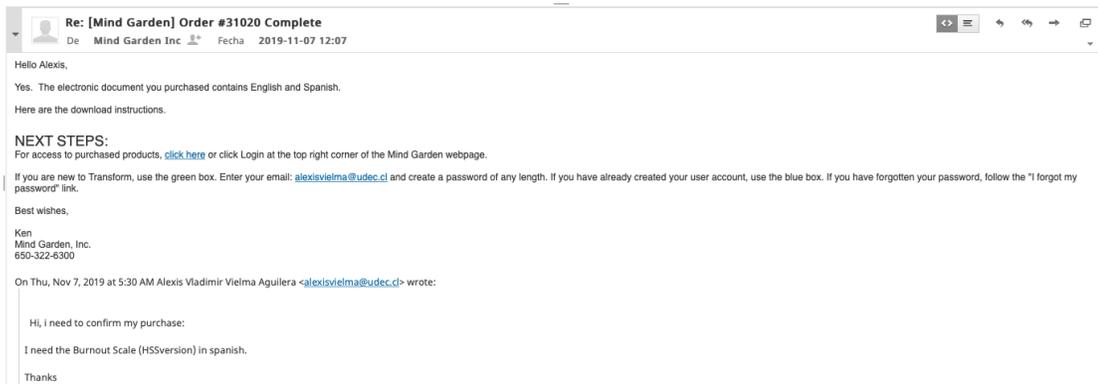
### Escalas Compromiso organizacional y Clima organizacional.



## Escalas de Conflicto de rol y Ambigüedad de rol (Batería UNIPSICO)



## Escala Burnout.



## 9.5 Actas de aprobación de los comité de ética.

Comité de ética Facultad de Medicina. UDEC.



Universidad de Concepción  
Facultad de Medicina



Concepción, 23 de Noviembre 2017  
CEI 018

Estimado Sr. Alexis Vielma Aguilera  
Alumno Programa de Doctorado Salud Mental  
Facultad de Medicina  
Universidad de Concepción  
Presente

Estimado:

En respuesta a su solicitud de Evaluación Ética del Proyecto de Investigación, titulado "Evaluación de variables individuales, de los equipos y centros de salud que contribuyen a la estigmatización de las personas con trastornos mentales graves por parte de los profesionales y técnicos de la salud mental" del equipo liderado por usted, y cuyo profesor tutor es la profesora PAMELA GRANDON FERNÁNDEZ del Programa de Doctorado en Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

De acuerdo a lo planteado, la resolución de este Comité es **APROBADO**.

Le saluda atentamente,

  
Dra. Isabel Cottin Carrazana  
Presidenta del Comité de Bioética  
Facultad de Medicina  
icottinc@gmail.com



CC: Dr. Aldo Vera, Director de Investigación  
Prof. Pamela Grandón F., Dpto. de Psiquiatría

Comité de ética. Servicio Salud Concepción.



## ACTA DE REUNIÓN COMITÉ ETICO CIENTIFICO.

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012.  
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 5876 /03.07.17

Concepción, 04 de diciembre de 2017

Código CEC Nuevo Proyecto

17-11-78

Sr.  
Ps. Alexis Vielma Aguilera  
Investigador Responsable  
Presente

Estimado Sr. Vielma,

Junto con saludarle, nos permitimos informar a usted que el Comité ético científico del Servicio de Salud Concepción, en reunión del 28.11.17 deliberó sobre el protocolo de estudio titulado: "Evaluación de variables individuales, de los equipos y centros de salud que contribuyen a la estigmatización de las personas con trastornos mentales graves por parte de los profesionales y técnicos de la salud mental", presentado por usted para desarrollar como investigador responsable, en 30 centros (15 de atención primaria y 15 de atención secundaria). Los correspondientes al Servicio de Salud Concepción son CESFAM Chiguayante, Víctor Manuel Fernández, Pinares, Hospital de día SS Concepción, Servicio de psiquiatría, Hospital regional GGB, COSAM: Coronel, Concepción, y San Pedro de la Paz.

Miembros del Comité Ético Científico que participaron en la sesión del 28 de noviembre de 2017:

Q: 06 / 09

Nombre y apellidos	Profesión/Institución	Cargo CEC
Sylvia Asenjo M.	Médico Pediatra Endocrinóloga/UdeC	Integrante permanente / externa
Nelson Pérez T	Médico Psiquiatra / HGGB	Integrante permanente / Vice Presidente
Maria A. Bidegain S	Médico Nefrologo/HGGB	Integrante permanente / Presidente
Ricardo Saldías	Ingeniero comercial /HGG	Integrante permanente / Secretario
Mónica Zúñiga	Matrona	Integrante permanente / externo
Claudio Bustos	Psicólogo	Integrante permanente / Representante de la comunidad

Excusas: María Cristina Fellay, Felipe León M., Salvador Cabrera

### INFORME EVALUACION ETICO CIENTIFICO (OBSERVACIONES EN NEGRITA)

Este informe se refiere a la revisión que el comité hizo de los siguientes documentos:

- Protocolo de estudio "Evaluación de variables individuales, de los equipos y centros de salud que contribuyen a la estigmatización de las personas con trastornos mentales graves por parte de los profesionales y técnicos de la salud mental", Proyecto de tesis doctoral año 2016
- Documento de Información al participante y Consentimiento Informado, versión 1, 13-03-2017
- Instrumentos de recolección de datos, versión 2.0, 13-06-2017
  1. Ficha información a nivel individual del profesional / técnico en salud mental. Información de trabajo en equipo e información general de los centros de salud.
  2. Evaluación de estigma hacia personas con trastornos mentales graves a través de dos cuestionarios:
    - Adaptación Mental Illness clinician's Attitudes
    - Escala de Distancia social

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. **Página 1**  
ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(GOP-ICH),  
CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION



## ACTA DE REUNIÓN COMITE ETICO CIENTIFICO.

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012.  
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 5876 /03.07.17

3. Cuestionarios contexto individual en el ámbito de trabajo de la salud mental: se consideran las siguientes escalas:
  - Escala de Compromiso Laboral
  - Escala de agotamiento emocional y despersonalización
  - Adaptación Escala de Estigma Asociativo
4. Cuestionario variables relacionadas con los equipos de salud mental:
  - Escalas de ambigüedad y conflicto de rol
  - Escala de Clima Organizacional de Koys y Decottis
5. Cuestionario variables relacionadas con los Centros de Salud Mental
  - Escala de Cultura Organizacional (OCAI)

El comité tomó conocimiento de los siguientes documentos:

- Carta de presentación de Nuevo estudio de Investigación
- Carta compromiso investigador
- Carta de apoyo de los Jefes de servicios donde se desarrollará el estudio
- Declaración BPC Investigador Responsable.
- Carta de confidencialidad
- Carta uso recursos
- Carta de colaboradores y asignación de funciones
- CV investigador y colaboradores

El Comité deliberó abordando todas las actividades de investigación del proyecto en discusión.

1. VALOR DEL ESTUDIO: presenta un valor relevante toda vez que según lo presentado se trata de determinar las variables individuales, de los equipos y centros de salud que contribuyen a la estigmatización de los profesionales de la salud hacia personas con trastornos mentales graves (TMG). Proveerá conocimiento atinente. Tiene hipótesis valiosa y sus resultados serán aplicables a la población. No repite estudios previos. Cuenta con un buen respaldo teórico.
2. VALIDEZ CIENTÍFICA: estudio cuantitativo, transversal, no experimental con diseño correlacional, multinivel. Se realizará una evaluación mediante autoreporte a profesionales de salud mental de nivel primario y secundario de atención. Cuenta con recursos humanos y materiales. Utiliza métodos adecuados para lograr los objetivos planteados y la estadística es apropiada incluyendo el tamaño muestral.
3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN: adecuados
4. SELECCIÓN ARBITRARIA DE LOS PARTICIPANTES: no existe. La selección de los participantes se relaciona directamente con la temática del registro.
5. RELACIÓN RIESGO/BENEFICIO: el estudio cuenta con una relación riesgo-beneficio no desfavorable correspondiendo a riesgo mínimo para el participante. Contempla acceso a información privada que se mantendrá confidencial.
6. FACTIBILIDAD: la autorización de los jefes de servicios, donde se pretende desarrollar el estudio y el CV de los investigadores respaldan la factibilidad del estudio. **Debe actualizar Carta Gantt.**

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. **Página 2**  
ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(GCP-ICH).  
CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION

## ACTA DE REUNIÓN COMITE ETICO CIENTIFICO.

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012.  
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 5876 /03.07.17

7. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: aporta toda la información necesaria.
8. DOCUMENTOS DE REGISTRO DE INFORMACIÓN: adecuados
9. EXISTE ADECUADO MECANISMO DE PROTECCIÓN DE LA INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO: SI
10. SE PROVEE DE UN MECANISMO DE COMPENSACIÓN POR DAÑOS: N/A
11. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE: los miembros del Comité que evaluaron este estudio, no tienen ninguna relación con el patrocinador y/o con el investigador que pudiera ser motivo de conflicto de interés.

### CONCLUSION:

Teniendo presente lo adecuado del diseño y la ausencia de objeciones éticas, este Comité considera que no hay impedimentos para la realización de este estudio.

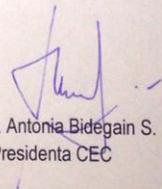
Además, este Comité solicita que:

- 1 El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con el timbre y fecha de aprobación del comité en los pacientes que serán enrolados .
- 2 Los reportes de efectos adversos y enmiendas se entreguen al comité en conjunto con una opinión personal del investigador, sobre la relevancia de ellos en el proyecto
- 3 Informar a lo menos una vez al año de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen
- 4 La validez de esta aprobación es por un año.
- 5 Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.
- 6 Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta quince años cerrado el estudio
- 7 En toda futura correspondencia hacer referencia al número de código asignado 17-11-78

Atentamente,

  
Ing. Ricardo Saldías Cerda  
Secretario CEC



  
Dra. M. Antonia Bidegain S.  
Presidenta CEC

- CC: archivo CEC

## Consejo Técnico Provincial Servicio Salud Arauco.



**SERVICIO DE SALUD ARAUCO**  
Subdirección Médica  
Departamento APS y Gestión  
Asistencial  
Sección Salud Mental

Lebu, 08 de Enero del 2018

Srta. Gabriela Aravena Yáñez  
Encargada de Salud Mental  
Representante Consejo Técnico Provincial de Salud Mental  
Servicio de Salud Arauco  
Presente

Estimada:

En mi calidad de Encargada de Salud Mental y representante del Consejo Técnico Provincial de Salud Mental del DEPTO de APS y Gestión Asistencial del Servicio de Salud Arauco, declaro conocer el proyecto de investigación titulado: "Evaluación de variables individuales, de los equipos y centros de salud que contribuyen a la estigmatización de las personas con trastornos Mentales Graves por parte de los profesionales y técnicos de la Salud Mental" y sus documentos anexos.

El proyecto no contraviene las buenas prácticas de los dispositivos de la red de salud mental de este Servicio de Salud y será un aporte al trabajo que se realiza. Por otra parte el investigador responsable, el psicólogo Alexis Vielma Aguilera posee los conocimientos y la experiencia necesaria para poder llevarlo a cabo. Por lo anterior, apoyo la realización de dicho proyecto en nuestro Servicio de Salud y estoy de acuerdo en que sea presentado para la revisión y eventual aprobación por el Consejo Técnico del Servicio de Salud Arauco.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,

**GABRIELA ARAVENA YAÑEZ**  
ENCARGADO DE SECCION SALUD MENTAL  
DEPTO APS Y GESTION ASISTENCIAL  
SERVICIO DE SALUD ARAUCO



Comité Ético Científico. Servicio de Salud Biobío.



Nº: 45

**Ref.: Respuesta Solicitud De Aprobación Protocolo De Investigación:  
“Evaluación de variables individuales, de los equipos y centros  
de salud que contribuyen a la estigmatización de las personas  
con Trastornos mentales Graves por parte de los profesionales y  
técnicos de la salud mental”**

LOS ANGELES, 03 de Abril de 2018

**A:** Alexis Vielma Aguilera  
**Investigador Principal**  
**PRESENTE.**

Estimado Investigador:

El Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío, en su sesión ordinaria de fecha 03.04.2018 ha analizado los antecedentes remitidos por Ud. en relación a solicitud de aprobación de protocolo en referencia, resolviendo lo siguiente:

1. **Valor del estudio:** La investigación se enmarca en un área de alto interés referida al estigma institucional, operacionalizado en las actitudes de profesionales y funcionarios de la salud hacia las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave y las consecuencias de dichas actitudes e imágenes en su acceso a los servicios de salud y el respeto de su dignidad como pacientes.
2. **Validez científica:** Estudio cuantitativo, transversal, no-experimental con un diseño correlacional, multinivel; cuenta con patrocinio metodológico como alumno regular del Programa de Doctorado en Salud Mental, Departamento de Psiquiatría Universidad de Concepción.
3. **Discriminación arbitraria:** No existe, la selección de los probando se ajusta a criterios de inclusión/exclusión explícitos, según fenómeno de interés.

4. **Relación riesgo-beneficio:** La investigación no implica un riesgo personal para los participantes.
5. **Consentimiento informado:** El diseño de la investigación se ajusta a los estándares mínimos exigidos en la Ley N° 20.120.

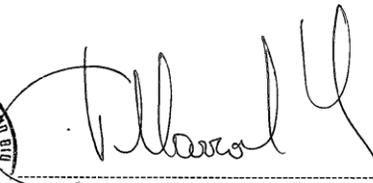
**EN CONSECUENCIA,**

En virtud de los antecedentes antes expuestos, este Comité resuelve **“aprobar”** la investigación en referencia.

Tomó conocimiento de:

- Solicitud de Evaluación de Proyecto de Investigación.
- Consentimiento Informado
- Protocolo de Investigación
- Carta Autorización Establecimientos de Salud D.S.M Los Ángeles y Dispositivos de Salud Mental Nivel Secundario.
- Informe Favorable CEC SS Concepción

Sin otro particular les saluda atentamente,

  
  
**DR. CARLOS VILLARROEL INOSTROZA**  
**PRESIDENTE**  
**COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**

En respuesta a su solicitud el CEC (Comité Ético Científico) se reunió en sesión ordinaria con fecha 03.04.2018, estando presente Dr. Carlos Villarroel, Ant. Elena Ulloa, Q.F. Viviana Zapata, B.Q Felipe Riqueime, Ilgo. Claudio Torres, A.S. Patricia Messenger, Miembro de la Comunidad.

DISTRIBUCION:

- Interesado
- Archivo.

## Comité Ético Científico. Servicio de Salud Talcahuano.



ACTA N° 05 /

08 ENE 2019

### ACTA DE EVALUACION PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El Comité Ético Científico de Servicio de Salud Talcahuano, acreditado y cumpliendo con las Buenas Prácticas Clínicas, está conformado por:

- **Dra. Patricia Marcela Cortés Jofré**, Epidemióloga Clínica, Químico Farmacéutico, Dirección Servicio de Salud Talcahuano, Presidenta Comité Ético Científico SST.
- **D. Luis Mauricio Bravo Espinoza**, Abogado, Dirección Servicio de Salud Talcahuano, Vicepresidente Comité Ético Científico SST.
- **Dra. Natalia Marín Neira**, Médico, Auditora Dirección Servicio de Salud Talcahuano.
- **Dr. Wladimir Hermosilla Rubio**, Médico Psiquiatra, Hospital Las Higueras.
- **Dr. Reinaldo Neira Charlín**, Médico Psiquiatra, Hospital Penco-Lirquén.
- **Dr. Rodrigo Concha Navarrete**, Médico, Atención Abierta, Hospital de Tomé.
- **Dr. Jaime Quintana Vaccaro**, Médico, Hospital Las Higueras.
- **Dra. Liliana Lamperti Fernández**, Bioquímico, Académico Depto. Bioquímica e Inmunología, Facultad de Farmacia, Universidad de Concepción.
- **D. Adriana Ribeiro Alves**, Abogada, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Concepción.
- **Dra. María Belén Ortega Senet**, Trabajador Social, Académico Facultad de Comunicación, Historia y Cs Sociales Universidad Católica Santísima Concepción.
- **D. Mariana Flores Mora**, Voluntaria Dama de Rojo Hospital Las Higueras.
- **D. María Fierro Nequeaur**, Dirigente Social, Consejo de participación Social

En sesión ordinaria de fecha 08 de Enero de 2019, el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, habiéndose constituido el Quórum según Rex N° 1149 y Posterior Modificación Rex N°4596, ha analizado su carta recepcionada con fecha 28 de Diciembre de 2018, en respuesta a las observaciones efectuadas en Acta N°122 de fecha 21 de Diciembre de 2018. Este Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, declara que cumple con lo observado.

Por lo anteriormente señalado y **por la mayoría absoluta de sus miembros se Aprueba por 364 días** el trabajo de investigación, denominado: *"Evaluación de variables individuales, de los equipos y centros de salud que contribuyen a la estigmatización de las personas con trastornos mentales graves por parte de los profesionales y técnicos de la salud mental"*, cuyo investigador Principal es Don Alexis Vielma.

Además el comité solicita que:

1. El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con **la fecha de aprobación, firma y timbre, en original del CEC**, en los pacientes que serán enrolados en su institución.
2. Informar en forma frecuente de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se genere.

Dra. Patricia Marcela Cortés Jofré  
Presidenta Comité Ético Científico SST.



D. Luis Mauricio Bravo Espinoza  
Vicepresidente Comité Ético Científico SST.

## Comité Ético Científico. Servicio de Salud Ñuble



/ms

ORD N° 06.-

ANT: Solicitud de Investigación N° 03/19

MAT: Respuesta del CEC.

CHILLAN, 26 Marzo de 2019

A: ALEXIS VIELMA AGUILERA  
DOCENTE  
U. DE CONCEPCION

Me permito comunicar a usted, que en reunión del 12.03.19, el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín, integrado por el Dr. Carlos Escudero, Dra. Jacqueline Hargous (vicepresidente); Mg. Luis Contreras (secretario); Abg. Claudia Cabrera Mg. Marcela Espinoza; Dr. Patricio Oliva; Mg. Jacqueline Brevis; Dra. Ninette Poseck; Dr. Nain Hormazábal; Q.F. Jesica Fernández y Sr. René Riveros; teniendo en cuenta los siguientes documentos:

1. Carta de presentación de proyecto dirigida al Director del Hospital.
2. Carta compromiso de la jefatura correspondiente.
3. Protocolo de solicitud de investigación científica **versión 1°**
4. Consentimiento informado; **versión 2°**
5. Currículo actualizado de cada uno de los investigadores e investigador principal
6. Carta compromiso del investigador.
7. Respuesta a las observaciones entregadas por el CEC
8. Y documentos anexos de respaldo solicitados por el CEC (encuestas, carta Gantt, cuestionario resuelto de las "preguntas al investigador")

Luego de la lectura y análisis de los mencionados documentos, la presentación del investigador y consideración de los criterios relevantes del protocolo presentado, que incluyen: validez científica; relación riesgo-beneficio favorable para el sujeto de estudio; detallado proceso de protección de la confidencialidad; detallado proceso de toma del consentimiento; viabilidad de la investigación en el centro propuesto; investigador idóneo para llevar a cabo el proyecto; utilidad social y novedad científica, el CEC del Hospital Clínico Herminda Martín resuelve:

La aprobación del estudio: "**Evaluación de variables individuales, de los equipos y centros de salud que contribuyen a la estigmatización de las personas con trastornos mentales graves por parte de los profesionales y técnicos de la salud mental**", identificado con el N° 03/19.

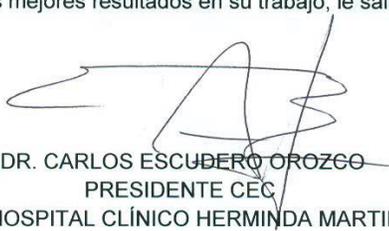
1. La aprobación de la **versión 2°** del Consentimiento Informado
2. La aprobación de estos documentos tiene una duración de 1 año.

Junto con ello, el investigador está comprometido a:

- a) Presentar esta carta de aprobación del CEC a la Dirección del establecimiento de la red asistencial que decida afiliarse para su respectiva aprobación y puesta en marcha de su estudio.
- b) **Con respecto al Consentimiento Informado este debe venir enumerado para su firma y timbre en la secretaria del CEC.**
- c) Dar cumplimiento fiel a la carta de compromiso firmada.
- d) Enviar los informes de avance y finalización según formatos disponibles por el CEC. Los informes de avances serán cada **06 meses**. El envío de esta documentación será obligatoria, su omisión puede ser causante de cese del estudio. Además se explicita que el CEC únicamente podrá responder por aquellas investigaciones que cumplan con la entrega de los informes de seguimiento y finalización.
- e) Comunicar al CEC todo aspecto relacionado con el estudio: modificaciones, enmiendas, eventos adversos, desviaciones del protocolo, suspensión del estudio, cierre del sitio, término del estudio, etc.
- f) Estar disponible para la realización de una supervisión del proyecto, en caso requerido por el CEC.
- g) Comunicar los resultados de la investigación (tesis, publicaciones, presentación a congresos, etc.). Los mismos deberán enviarse formalmente al Comité en un plazo no mayor a 2 meses de finalizado su estudio.

Sin otro particular y deseando los mejores resultados en su trabajo, le saluda atentamente



  
DR. CARLOS ESCUDERO OROZCO  
PRESIDENTE CEC  
HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN

Distribución: DHCHM, SDM, CEC (02)

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO <http://hospitaldechillan.cl/web/comite-etico-cientifico> [www.hospitaldechillan.cl](http://www.hospitaldechillan.cl)  
[mirtha.soto@redsalud.gov.cl](mailto:mirtha.soto@redsalud.gov.cl) Fono 427431 Red Minsal 587431



Servicio de Salud Maule  
Comité Ético Científico

## DOCUMENTO DE APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**Título del estudio: “Evaluación de variables individuales, de los equipos y centros de salud que contribuyen a la estigmatización de las personas con trastornos mentales graves por parte de los profesionales y técnicos de la salud mental”.**

**Investigador:**

**Psicólogo Alexis Vielma Aguilera**

**Lugar de realización: Centros de atención primaria y secundaria de la región del Maule**

### **Documentos recibidos:**

1. Solicitud de evaluación del protocolo.
2. Protocolo del estudio consistente en una Tesis doctoral de la Universidad de Concepción.
3. Consentimiento informado para participantes.
4. Curriculum vitae del investigador responsable.
5. Curriculum vitae de profesor guía.
6. Acta de aprobación del protocolo por el Comité de ética de la Universidad de Concepción.
7. Carta compromiso del investigador de respetar normas relativas a la investigación en seres humanos.

### **Documentos revisados y aprobados por el Comité:**

1. Protocolo del estudio.
2. Consentimiento informado.

### **Aprobación**

Este proyecto ha sido **aprobado** con fecha 26 de septiembre de 2018 por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Maule

**Fundamentos de la aprobación:**

- Se considera que este proyecto tiene valor social ya que aporta a aumentar el conocimiento sobre la atención de salud mental por parte de los profesionales que participen en la investigación y por lo tanto puede redundar en mejorar aspectos de calidad de la atención de los pacientes.
- No hay potenciales efectos adversos o complicaciones derivadas directamente de la investigación.
- El Consentimiento Informado que se utilizará asegura la voluntariedad de los participantes, el respeto a su dignidad y derechos y la confidencialidad de sus datos.
- Se señala en el consentimiento informado que no hay costos asociados ni beneficios directos para los participantes.

**Integrantes del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Maule:**

Bella Blanco Garcés Psiquiatra, Presidenta CEC S.S. Maule

Gladys Castillo Rocha, Psicóloga, Vice presidenta

Nicolás Ochoa, Matrón

Natalia González, Abogada

Ximena Wolf, Química farmacéutica





**Dra. Bella Blanco Garcés**  
**Presidenta del Comité Ético Científico**  
**Servicio de Salud Maule**

Talca, septiembre de 2018.

## 9.6 Formato de consentimiento informado



Folio N<sup>o</sup>. \_\_\_\_\_

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Estimado(a) funcionario(a) de la salud pública del área de la salud mental:

Invitamos a Ud. a participar, de manera libre y voluntaria, en el estudio del área de la salud mental titulada "Evaluación de variables individuales, de los equipos y centros de salud que contribuyen a la estigmatización de las personas con trastornos mentales graves por parte de los profesionales y técnicos de la salud mental", cuyo Investigador Responsable es el Sr. Alexis Vielma Aguilera, Rut: 12.665.337-9, psicólogo y candidato al grado de Doctor en Salud Mental del Programa de Doctorado en Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Su guía de tesis es la Psicóloga Dra. Pamela Grandón Fernández, académica del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción.

#### OBJETIVO DEL ESTUDIO.

El objetivo de esta investigación es determinar la influencia que tienen factores individuales o personales, y del contexto en el cual desempeña su trabajo y que pueden aumentar o reducir las actitudes negativas, prejuicios y discriminación hacia los usuarios con trastornos mentales graves.

La invitación a que participe de esta investigación científica es en razón de su condición de profesional o técnico perteneciente a un equipo de trabajo en el área de salud mental o bien que cumpla funciones en el área de salud mental y, también, que pertenezca a un centro de salud de nivel primario o secundario con un funcionamiento mayor a un año de antigüedad.

Su participación consistirá en responder un set de 9 (nueve) cuestionarios que recopilan información individual/personal de trabajo en equipo y de factores relacionados con el centro de salud en que trabaja. Se le pedirá que responda de manera completa los cuestionarios. Esta actividad durará 40 minutos aproximadamente (en total) y será realizada en el lugar que indique el centro de salud donde Ud. trabaja.

Esta actividad estará a cargo del Investigador Responsable, el Psicólogo Alexis Vielma Aguilera.

#### BENEFICIOS.

La investigación no tiene beneficios inmediatos y directos a Ud., sin embargo será un aporte relevante como retroalimentación para profesionales y técnicos en salud mental que están en contacto con personas con trastornos mentales graves. Esto permitirá conocer los principales factores que influyen en la estigmatización hacia personas con trastornos mentales graves y los factores que disminuyen su presencia. Además esta investigación entregará información actualizada a los equipos de salud mental sobre uno de los temas eje de los lineamientos estratégicos que demanda el ministerio de salud en materia de reducción de la estigmatización que ocurre en la salud mental y que puede apoyar en la planificación y ejecución de intervenciones con esta población.

#### RIESGOS.

Su participación, o no, en esta investigación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental, así también ningún riesgo para su condición laboral. Sin embargo si algún tipo de pregunta que aparezca en algún cuestionario le genera algún inconveniente, Ud. puede dejar de contestar. Asimismo usted puede negarse a participar o dejar de participar en cualquier momento del estudio sin que deba dar razones para ello ni recibir ningún tipo de sanción.

#### CONFIDENCIALIDAD DE LAS INFORMACIONES.

Toda la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no sean los de este estudio. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anonimadas. Estos datos serán custodiados por el Investigador Responsable y sólo se utilizará con fines académicos. Así también se garantiza la privacidad de las opiniones y juicios emitidos por Ud.

#### PARTICIPACIÓN LIBRE Y VOLUNTARIA.

Su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria.

Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de la investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, Ud. no pierde ningún derecho que le asiste.

Si Usted retira su consentimiento, sus datos serán eliminados y la información obtenida no será utilizada en este estudio.

Su participación en este estudio no contempla ningún tipo de compensación económica.

#### RESULTADOS

Los resultados de la investigación se mantendrán en el medio académico y universitario, medio en que serán publicados, resguardando el anonimato de quienes participan del estudio.

Usted tiene derecho de ser informado(a) del progreso del estudio y de sus resultados finales. Para ello el contacto será con el Investigador Responsable.

Los resultados y datos se analizarán en relación a la variable estudiada (estigma). A la vez dichos resultados se harán conforme al modelo propuesto (multinivel) por lo que no se individualizarán a los centros participantes en los resultados obtenidos por cada instrumento.

#### PREGUNTAS

Si tiene preguntas, dudas o requiere información adicional sobre su participación en el estudio, puede comunicarse con el Investigador Responsable, Psicólogo Alexis Vielma Aguilera al 9-77063844 o al correo electrónico alexisvielma@udec.cl. También puede comunicarse con la Dra. Isabel Cottin C., Presidente del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de Universidad de Concepción, al correo icottinc@gmail.com o con la Dr/a. \_\_\_\_\_, Presidente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud, ubicado en \_\_\_\_\_, al teléfono \_\_\_\_\_ o al correo \_\_\_\_\_

Si Ud. acepta participar del estudio "Evaluación de variables individuales, de los equipos y centros de salud que contribuyen a la estigmatización de las personas con trastornos mentales graves por parte de los profesionales y técnicos de la salud mental", rogamos firmar el Acta de Consentimiento que sigue.



#### ACTA DE CONSENTIMIENTO

Declaro haber sido informado y acepto participar de manera libre y voluntaria en el estudio "Evaluación de variables individuales, de los equipos y centros de salud que contribuyen a la estigmatización de las personas con trastornos mentales graves por parte de los profesionales y técnicos de la salud mental", cuyo Investigador Responsable es el Sr. Psicólogo Alexis Vielma Aguilera, sobre la base de que he entendido que:

- a) no hay riesgos en este estudio para mí.
- b) no hay costos ni incentivos económicos para mí por participar en esta investigación.
- c) me podré retirar de este estudio en cualquier momento sin ser obligado(a) a dar razones y sin que ello me perjudique de ninguna forma.
- d) la información que entrego será confidencial y estará resguardada por la investigador responsable dentro de su oficina, en un espacio con llave especialmente adaptado para ello.
- e) los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y mis datos personales permanecerán en forma confidencial.
- f) puedo hacer las preguntas necesarias para estar informado acerca de mi participación en este estudio.

Este documento se firmará en dos ejemplares, siendo una copia para Ud. y otra para el Investigador Responsable.

\_\_\_\_\_  
Funcionario(a) Participante

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Investigador Responsable  
Alexis Vielma Aguilera

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Director del Centro de Investigación/  
Ministro de Fe

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 9.7 Anexos resultados.

### 9.7.1 Resultados objetivo específico 1.

Tabla OE1.1.Pruebas de contraste Bonferroni .Variables profesión y estigma.

Variables	(I) Profesion del Participante	(J) Profesion del Participante	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	C I 95%		
						Lower Bound	Upper Bound	
Creencias estigmatizantes	Psiquiatra	Médico General	,851*	0,18	0	0,3	1,4	
		Psicólogo/a	0,051	0,13	1	-0,34	0,45	
		Trabajador/a Social	0,337	0,13	0,344	-0,08	0,76	
		Terapeuta Ocupacional	-0,453	0,21	0,868	-1,11	0,21	
		Enfermera/o	0,498	0,20	0,352	-0,13	1,12	
		Técnico en enfermería nivel superior	1,075*	0,17	0	0,55	1,6	
		Otra	,976*	0,20	0	0,36	1,59	
		Médico General	Psiquiatra	-,851*	0,18	0	-1,4	-0,3
			Psicólogo/a	-,800*	0,15	0	-1,29	-0,31
	Trabajador/a Social		-,513*	0,16	0,045	-1,02	-0,01	
	Terapeuta Ocupacional		-1,304*	0,23	0	-2,02	-0,59	
	Enfermera/o		-0,353	0,22	1	-1,04	0,33	
	Técnico en enfermería nivel superior		0,224	0,19	1	-0,37	0,82	
	Otra		0,125	0,22	1	-0,55	0,8	
	Psicólogo/a		Psiquiatra	-0,051	0,13	1	-0,45	0,34
			Médico General	,800*	0,15	0	0,31	1,29
		Trabajador/a Social	0,287	0,11	0,197	-0,05	0,62	
		Terapeuta Ocupacional	-0,504	0,19	0,256	-1,11	0,1	
Enfermera/o		0,447	0,18	0,385	-0,12	1,01		
Técnico en enfermería nivel superior		1,024*	0,15	0	0,57	1,48		
Otra		,925*	0,18	0	0,37	1,48		
Trabajador/a Social		Psiquiatra	-0,337	0,13	0,344	-0,76	0,08	

	Médico General	,513*	0,16	0,045	0,01	1,02
	Psicólogo/a	-0,287	0,11	0,197	-0,62	0,05
	Terapeuta					
	Ocupacional	-,791*	0,20	0,002	-1,41	-0,17
	Enfermera/o	0,16	0,19	1	-0,43	0,75
	Técnico en					
	enfermería nivel					
	superior	,738*	0,15	0	0,26	1,22
	Otra	,638*	0,18	0,016	0,06	1,22
Terapeuta						
Ocupacional	Psiquiatra	0,453	0,21	0,868	-0,21	1,11
	Médico General	1,304*	0,23	0	0,59	2,02
	Psicólogo/a	0,504	0,19	0,256	-0,1	1,11
	Trabajador/a					
	Social	,791*	0,20	0,002	0,17	1,41
	Enfermera/o	,951*	0,25	0,004	0,18	1,73
	Técnico en					
	enfermería nivel					
	superior	1,528*	0,22	0	0,83	2,23
	Otra	1,429*	0,24	0	0,66	2,2
Enfermera/o	Psiquiatra	-0,498	0,20	0,352	-1,12	0,13
	Médico General	0,353	0,22	1	-0,33	1,04
	Psicólogo/a	-0,447	0,18	0,385	-1,01	0,12
	Trabajador/a					
	Social	-0,16	0,19	1	-0,75	0,43
	Terapeuta					
	Ocupacional	-,951*	0,25	0,004	-1,73	-0,18
	Técnico en					
	enfermería nivel					
	superior	0,577	0,21	0,188	-0,09	1,24
	Otra	0,478	0,24	1	-0,26	1,22
Técnico en						
enfermería						
nivel superior	Psiquiatra	-1,075*	0,17	0	-1,6	-0,55
	Médico General	-0,224	0,19	1	-0,82	0,37
	Psicólogo/a	-1,024*	0,15	0	-1,48	-0,57
	Trabajador/a					
	Social	-,738*	0,15	0	-1,22	-0,26
	Terapeuta					
	Ocupacional	-1,528*	0,22	0	-2,23	-0,83
	Enfermera/o	-0,577	0,21	0,188	-1,24	0,09
	Otra	-0,099	0,21	1	-0,76	0,56
Otra	Psiquiatra	-,976*	0,20	0	-1,59	-0,36
	Médico General	-0,125	0,22	1	-0,8	0,55
	Psicólogo/a	-,925*	0,18	0	-1,48	-0,37
	Trabajador/a					
	Social	-,638*	0,18	0,016	-1,22	-0,06

		Terapeuta Ocupacional	-1,429*	0,24	0	-2,2	-0,66
		Enfermera/o Técnico en enfermería nivel superior	-0,478	0,24	1	-1,22	0,26
			0,099	0,21	1	-0,56	0,76
	Psiquiatra	Médico General	,535*	0,14	0,007	0,08	0,99
		Psicólogo/a Trabajador/a Social	0,071	0,10	1	-0,25	0,4
		Terapeuta Ocupacional	0,29	0,11	0,253	-0,06	0,64
		Enfermera/o Técnico en enfermería nivel superior	-0,193	0,17	1	-0,74	0,35
		Otra	0,229	0,16	1	-0,29	0,74
			,874*	0,14	0	0,44	1,31
			,553*	0,16	0,019	0,05	1,06
	Médico General	Psiquiatra	-,535*	0,14	0,007	-0,99	-0,08
		Psicólogo/a Trabajador/a Social	-,464*	0,13	0,008	-0,86	-0,06
		Terapeuta Ocupacional	-0,245	0,13	1	-0,66	0,17
		Enfermera/o Técnico en enfermería nivel superior	-,728*	0,19	0,004	-1,32	-0,14
		Otra	-0,306	0,18	1	-0,87	0,26
			0,339	0,16	0,873	-0,15	0,83
			0,017	0,18	1	-0,54	0,58
	Psicólogo/a	Psiquiatra	-0,071	0,10	1	-0,4	0,25
		Médico General Trabajador/a Social	,464*	0,13	0,008	0,06	0,86
		Terapeuta Ocupacional	0,219	0,09	0,348	-0,06	0,49
		Enfermera/o Técnico en enfermería nivel superior	-0,264	0,16	1	-0,76	0,24
		Otra	0,158	0,15	1	-0,31	0,63
			,803*	0,12	0	0,43	1,18
			,481*	0,15	0,03	0,02	0,94
	Trabajador/a Social	Psiquiatra	-0,29	0,11	0,253	-0,64	0,06
		Médico General	0,245	0,13	1	-0,17	0,66
		Psicólogo/a	-0,219	0,09	0,348	-0,49	0,06
		Terapeuta Ocupacional	-0,483	0,16	0,093	-1	0,03
		Enfermera/o	-0,061	0,15	1	-0,55	0,42

	Técnico en enfermería nivel superior	,584*	0,13	0	0,19	0,98
	Otra	0,262	0,15	1	-0,21	0,74
Terapeuta Ocupacional	Psiquiatra	0,193	0,17	1	-0,35	0,74
	Médico General	,728*	0,19	0,004	0,14	1,32
	Psicólogo/a Trabajador/a Social	0,264	0,16	1	-0,24	0,76
	Enfermera/o	0,483	0,16	0,093	-0,03	1
	Técnico en enfermería nivel superior	0,421	0,20	1	-0,22	1,06
	Otra	1,067*	0,18	0	0,49	1,64
	Otra	,745*	0,20	0,007	0,11	1,38
Enfermera/o	Psiquiatra	-0,229	0,16	1	-0,74	0,29
	Médico General	0,306	0,18	1	-0,26	0,87
	Psicólogo/a Trabajador/a Social	-0,158	0,15	1	-0,63	0,31
	Terapeuta Ocupacional	0,061	0,15	1	-0,42	0,55
	Técnico en enfermería nivel superior	-0,421	0,20	1	-1,06	0,22
	Otra	,645*	0,18	0,007	0,1	1,19
	Otra	0,324	0,19	1	-0,28	0,93
Técnico en enfermería nivel superior	Psiquiatra	-,874*	0,14	0	-1,31	-0,44
	Médico General	-0,339	0,16	0,873	-0,83	0,15
	Psicólogo/a Trabajador/a Social	-,803*	0,12	0	-1,18	-0,43
	Terapeuta Ocupacional	-,584*	0,13	0	-0,98	-0,19
	Enfermera/o	-1,067*	0,18	0	-1,64	-0,49
	Otra	-,645*	0,18	0,007	-1,19	-0,1
	Otra	-0,321	0,17	1	-0,86	0,22
Otra	Psiquiatra	-,553*	0,16	0,019	-1,06	-0,05
	Médico General	-0,017	0,18	1	-0,58	0,54
	Psicólogo/a Trabajador/a Social	-,481*	0,15	0,03	-0,94	-0,02
	Terapeuta Ocupacional	-0,262	0,15	1	-0,74	0,21
	Enfermera/o	-,745*	0,20	0,007	-1,38	-0,11
	Otra	-0,324	0,19	1	-0,93	0,28

	Técnico en enfermería nivel superior	0,321	0,17	1	-0,22	0,86
Psiquiatra	Médico General	,4488*	0,14	0,029	0,022	0,876
	Psicólogo/a	0,2915	0,10	0,081	-0,014	0,597
	Trabajador/a Social	0,2343	0,10	0,696	-0,093	0,562
	Terapeuta Ocupacional	-0,4068	0,16	0,355	-0,918	0,104
	Enfermera/o	0,1709	0,15	1	-0,313	0,655
	Técnico en enfermería nivel superior	,4259*	0,13	0,031	0,018	0,834
	Otra	0,3843	0,15	0,325	-0,092	0,861
Médico General	Psiquiatra	-,4488*	0,14	0,029	-0,876	-0,022
	Psicólogo/a	-0,1572	0,12	1	-0,534	0,219
	Trabajador/a Social	-0,2144	0,13	1	-0,608	0,18
	Terapeuta Ocupacional	-,8556*	0,18	0	-1,412	-0,3
	Enfermera/o	-0,2778	0,17	1	-0,81	0,254
	Técnico en enfermería nivel superior	-0,0228	0,15	1	-0,486	0,441
	Otra	-0,0644	0,17	1	-0,589	0,46
Psicólogo/a	Psiquiatra	-0,2915	0,10	0,081	-0,597	0,014
	Médico General	0,1572	0,12	1	-0,219	0,534
	Trabajador/a Social	-0,0572	0,08	1	-0,315	0,201
	Terapeuta Ocupacional	-,6984*	0,15	0	-1,168	-0,229
	Enfermera/o	-0,1206	0,14	1	-0,561	0,32
	Técnico en enfermería nivel superior	0,1344	0,11	1	-0,221	0,49
	Otra	0,0928	0,14	1	-0,339	0,525
Trabajador/a Social	Psiquiatra	-0,2343	0,10	0,696	-0,562	0,093
	Médico General	0,2144	0,13	1	-0,18	0,608
	Psicólogo/a	0,0572	0,08	1	-0,201	0,315
	Terapeuta Ocupacional	-,6412*	0,15	0,001	-1,125	-0,157
	Enfermera/o	-0,0634	0,14	1	-0,519	0,392
	Técnico en enfermería nivel superior	0,1916	0,12	1	-0,182	0,565
	Otra	0,15	0,14	1	-0,298	0,598
Distancia social						

Terapeuta Ocupacional	Psiquiatra	0,4068	0,16	0,355	-0,104	0,918
	Médico General	,8556*	0,18	0	0,3	1,412
	Psicólogo/a	,6984*	0,15	0	0,229	1,168
	Trabajador/a Social	,6412*	0,15	0,001	0,157	1,125
	Enfermera/o	0,5778	0,19	0,075	-0,024	1,179
	Técnico en enfermería nivel superior	,8328*	0,17	0	0,291	1,375
	Otra	,7912*	0,19	0,001	0,196	1,386
Enfermera/o	Psiquiatra	-0,1709	0,15	1	-0,655	0,313
	Médico General	0,2778	0,17	1	-0,254	0,81
	Psicólogo/a	0,1206	0,14	1	-0,32	0,561
	Trabajador/a Social	0,0634	0,14	1	-0,392	0,519
	Terapeuta Ocupacional	-0,5778	0,19	0,075	-1,179	0,024
	Técnico en enfermería nivel superior	0,255	0,16	1	-0,262	0,772
	Otra	0,2134	0,18	1	-0,359	0,786
Técnico en enfermería nivel superior	Psiquiatra	-,4259*	0,13	0,031	-0,834	-0,018
	Médico General	0,0228	0,15	1	-0,441	0,486
	Psicólogo/a	-0,1344	0,11	1	-0,49	0,221
	Trabajador/a Social	-0,1916	0,12	1	-0,565	0,182
	Terapeuta Ocupacional	-,8328*	0,17	0	-1,375	-0,291
	Enfermera/o	-0,255	0,16	1	-0,772	0,262
	Otra	-0,0416	0,16	1	-0,551	0,468
Otra	Psiquiatra	-0,3843	0,15	0,325	-0,861	0,092
	Médico General	0,0644	0,17	1	-0,46	0,589
	Psicólogo/a	-0,0928	0,14	1	-0,525	0,339
	Trabajador/a Social	-0,15	0,14	1	-0,598	0,298
	Terapeuta Ocupacional	-,7912*	0,19	0,001	-1,386	-0,196
	Enfermera/o	-0,2134	0,18	1	-0,786	0,359
	Técnico en enfermería nivel superior	0,0416	0,16	1	-0,468	0,551

\* The mean difference is significant at the 0.05 level.

**Tabla OE2.1** Correlaciones por profesión y variables sociodemograficas

Profesión del Participante		Creencias estigmatizantes	Infantilizacio y distancia relacional	Escala Distanci a social
Psiquiatra	Edad	0,143	0,182	0,177
	Nº años profesión	0,166	0,205	0,152
	Nº Años en Salud Mental	0,159	0,179	0,127
Médico General	Edad	-0,053	-0,065	-,440*
	Nº años profesión	-0,134	-0,142	-,495**
	Nº Años en Salud Mental	-0,039	-0,19	-,476**
Psicólogo/a	Edad	,189*	0,087	0,148
	Nº años profesión	,260**	0,111	0,134
	Nº Años en Salud Mental	,194*	0,097	0,137
Trabajador/a Social	Edad	,294**	,272**	0,177
	Nº años profesión	,362**	,338**	0,152
	Nº Años en Salud Mental	,387**	,237*	0,09
Terapeuta Ocupacional	Edad	-0,15	-0,296	-,637**
	Nº años profesión	0,091	-0,179	-0,208
	Nº Años en Salud Mental	0,227	-0,021	-0,116
Enfermera/o	Edad	-0,011	0,123	-0,111
	Nº años profesión	0,057	0,187	-0,113
	Nº Años en Salud Mental	0,406	0,385	-0,118
Técnicos en enfermería de nivel superior	Edad	-0,008	0,007	-0,13
	Nº años profesión	0,007	0,019	-0,122
	Nº Años en Salud Mental	-0,02	-0,032	0,004
Otra	Edad	0,198	0,101	-0,261
	Nº años profesión	0,222	0,166	-0,225
	Nº Años en Salud Mental	0,214	0,244	-0,014

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

### 9.7.2 Anexo Hipótesis 3.

Anexo H3.1.1. Razón de verosimilitud variables Clima organizacional y estigma.

	npar	AIC	BIC	logLik	deviance	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
<b>Creencias estigmatizantes</b>								
modelo nulo	3	1166	1178	-580,2	1160	NA	NA	NA
modelo 1	19	1173	1250	-567,5	1135	25,33	16	0,06429
<b>Infantilización y distancia relacional</b>								
modelo nulo	3	1179	1191	-586,4	1173	NA	NA	NA
modelo 1	19	1199	1276	-580,6	1161	11,57	16	0,7728
<b>Distancia social</b>								
modelo nulo	3	1172	1184	-583,1	1166	NA	NA	NA
modelo 1	19	1181	1258	-571,6	1143	22,97	16	0,1145

Fuente: Elaboración propia.

Anexo H3.1.2. Pruebas de razón de verosimilitud variables Climas de Presión, Reconocimiento y Cohesión y Estigma.

	npar	AIC	BIC	logLik	deviance	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
<b>Creencias Estigmatizantes</b>								
modelo nulo	3	1166	1178	-580,2	1160	NA	NA	NA
modelo 1	9	1158	1194	-569,8	1140	20,83	6	0,00197
<b>Infantilización y distancia relacional</b>								
modelo nulo	3	1179	1191	-586,4	1173	NA	NA	NA
modelo 1	9	1184	1221	-583,1	1166	6,54	6	0,3655
<b>Distancia social</b>								
modelo nulo	3	1172	1184	-583,1	1166	NA	NA	NA
modelo 1	9	1168	1205	-575,2	1150	15,78	6	0,01498

Fuente: Elaboración propia.

### 9.7.3 Anexo hipótesis 5. Tablas de moderaciones específicas

Tablas H5.1.1

Moderaciones específicas variables de Clima Cohesión y Apoyo (nivel 1) y Cultura organizacional (nivel 1/nivel 2) para variable Compromiso organizacional Normativo Organizacional Normativo

Variable Clima Organizacional	Variable Cultura organizacional	$\beta$	$p$	(-1DE)	cent	(+1DE)
Autonomía N1	Clan N1	0,30	0,01	0,37	0,25	0,13
Autonomía N1	Jerarquía N1	0,14	0,08	0,05	0,01	-0,02
Autonomía N1	Mercado N1	0,12	0,22	0,26	0,08	-0,09
Autonomía N1	Clan N2	0,38	0,24	-0,55	-0,13	0,28
Autonomía N1	Jerarquía N2	0,29	0,19	-0,41	-0,09	0,22
Autonomía N1	Mercado N2	0,15	0,54	-0,37	-0,07	0,23
Cohesión N1	Clan N1	0,30	0,01	0,68	0,25	-0,19
Cohesión N1	Jerarquía N1	0,14	0,08	0,27	0,01	-0,25
Cohesión N1	Mercado N1	0,12	0,22	0,16	0,08	0,01
Cohesión N1	Clan N2	0,38	0,24	-0,74	-0,13	0,47
Cohesión N1	Jerarquía N2	0,29	0,19	-0,30	-0,09	0,12
Cohesión N1	Mercado N2	0,15	0,54	-0,44	-0,07	0,29
Confianza N1	Clan N1	0,30	0,01	0,02	0,25	0,48
Confianza N1	Jerarquía N1	0,14	0,08	-0,04	0,01	0,06
Confianza N1	Mercado N1	0,12	0,22	0,19	0,08	-0,02
Confianza N1	Clan N2	0,38	0,24	-0,08	-0,13	-0,19
Confianza N1	Jerarquía N2	0,29	0,19	-0,19	-0,09	0,01
Confianza N1	Mercado N2	0,15	0,54	0,14	-0,07	-0,28
Presión N1	Clan N1	0,30	0,01	0,50	0,25	0,00
Presión N1	Jerarquía N1	0,14	0,08	0,06	0,01	-0,04
Presión N1	Mercado N1	0,12	0,22	0,41	0,08	-0,24
Presión N1	Clan N2	0,38	0,24	-0,60	-0,13	0,33
Presión N1	Jerarquía N2	0,29	0,19	-0,26	-0,09	0,08
Presión N1	Mercado N2	0,15	0,54	-0,23	-0,07	0,09
Apoyo N1	Clan N1	0,30	0,01	0,46	0,25	0,04
Apoyo N1	Jerarquía N1	0,14	0,08	-0,06	0,01	0,09
Apoyo N1	Mercado N1	0,12	0,22	0,48	0,08	-0,31
Apoyo N1	Clan N2	0,38	0,24	1,37	-0,13	-1,63
Apoyo N1	Jerarquía N2	0,29	0,19	0,70	-0,09	-0,88
Apoyo N1	Mercado N2	0,15	0,54	0,81	-0,07	-0,95
Reconocimiento N1	ocai.clan.a.c	0,30	0,01	0,02	0,25	0,48
Reconocimiento N1	Jerarquía N1	0,14	0,08	0,04	0,01	-0,01

Reconocimiento N1	Mercado N1	0,12	0,22	-0,19	0,08	0,35
Reconocimiento N1	Clan N2	0,38	0,24	0,25	-0,13	-0,52
Reconocimiento N1	Jerarquía N2	0,29	0,19	-0,05	-0,09	-0,13
Reconocimiento N1	Mercado N2	0,15	0,54	0,16	-0,07	-0,30
Equidad N1	Clan N1	0,30	0,01	0,34	0,25	0,15
Equidad N1	Jerarquía N1	0,14	0,08	-0,09	0,01	0,11
Equidad N1	Mercado N1	0,12	0,22	0,23	0,08	-0,06
Equidad N1	Clan N2	0,38	0,24	-0,23	-0,13	-0,04
Equidad N1	Jerarquía N2	0,29	0,19	0,13	-0,09	-0,31
Equidad N1	Mercado N2	0,15	0,54	-0,28	-0,07	0,13
Innovación N1	Clan N1	0,30	0,01	0,26	0,25	0,24
Innovación N1	Jerarquía N1	0,14	0,08	0,21	0,01	-0,18
Innovación N1	Mercado N1	0,12	0,22	-0,31	0,08	0,47
Innovación N1	Clan N2	0,38	0,24	-1,11	-0,13	0,84
Innovación N1	Jerarquía N2	0,29	0,19	-0,69	-0,09	0,51
Innovación N1	Mercado N2	0,15	0,54	-0,69	-0,07	0,55
Autonomía N2	Clan N1	0,30	0,01	0,30	0,25	0,19
Autonomía N2	Jerarquía N1	0,14	0,08	-0,08	0,01	0,10
Autonomía N2	Mercado N1	0,12	0,22	-0,10	0,08	0,27
Autonomía N2	Clan N2	0,38	0,24	-0,74	-0,13	0,47
Autonomía N2	Jerarquía N2	0,29	0,19	0,00	-0,09	-0,18
Autonomía N2	Mercado N2	0,15	0,54	-2,14	-0,07	1,99
Cohesión N2	Clan N1	0,30	0,01	-0,18	0,25	0,67
Cohesión N2	Jerarquía N1	0,14	0,08	-0,16	0,01	0,19
Cohesión N2	Mercado N1	0,12	0,22	-0,23	0,08	0,39
Cohesión N2	Clan N2	0,38	0,24	0,91	-0,13	-1,18
Cohesión N2	Jerarquía N2	0,29	0,19	0,39	-0,09	-0,57
Cohesión N2	Mercado N2	0,15	0,54	1,06	-0,07	-1,21
Confianza N2	Clan N1	0,30	0,01	0,47	0,25	0,03
Confianza N2	Jerarquía N1	0,14	0,08	-0,18	0,01	0,21
Confianza N2	Mercado N1	0,12	0,22	-0,13	0,08	0,30
Confianza N2	Clan N2	0,38	0,24	3,10	-0,13	-3,37
Confianza N2	Jerarquía N2	0,29	0,19	1,80	-0,09	-1,98
Confianza N2	Mercado N2	0,15	0,54	1,65	-0,07	-1,80
Presión N2	Clan N1	0,30	0,01	-0,09	0,25	0,58
Presión N2	Jerarquía N1	0,14	0,08	-0,30	0,01	0,32
Presión N2	Mercado N1	0,12	0,22	0,18	0,08	-0,02
Presión N2	Clan N2	0,38	0,24	-0,81	-0,13	0,54
Presión N2	Jerarquía N2	0,29	0,19	-0,28	-0,09	0,10
Presión N2	Mercado N2	0,15	0,54	-0,40	-0,07	0,26

Apoyo N2	Clan N1	0,30	0,01	-0,26	0,25	0,75
Apoyo N2	Jerarquía N1	0,14	0,08	-0,39	0,01	0,41
Apoyo N2	Mercado N1	0,12	0,22	-0,48	0,08	0,65
Apoyo N2	Clan N2	0,38	0,24	1,10	-0,13	-1,37
Apoyo N2	Jerarquía N2	0,29	0,19	2,47	-0,09	-2,66
Apoyo N2	Mercado N2	0,15	0,54	2,04	-0,07	-2,19
Reconocimiento N2	Clan N1	0,30	0,01	0,34	0,25	0,15
Reconocimiento N2	Jerarquía N1	0,14	0,08	0,33	0,01	-0,30
Reconocimiento N2	Mercado N1	0,12	0,22	0,19	0,08	-0,02
Reconocimiento N2	Clan N2	0,38	0,24	1,91	-0,13	-2,18
Reconocimiento N2	Jerarquía N2	0,29	0,19	1,09	-0,09	-1,27
Reconocimiento N2	Mercado N2	0,15	0,54	0,28	-0,07	-0,43
Equidad N2	Clan N1	0,30	0,01	0,14	0,25	0,35
Equidad N2	Jerarquía N1	0,14	0,08	-0,18	0,01	0,20
Equidad N2	Mercado N1	0,12	0,22	0,42	0,08	-0,26
Equidad N2	Clan N2	0,38	0,24	-2,48	-0,13	2,21
Equidad N2	Jerarquía N2	0,29	0,19	-1,54	-0,09	1,35
Equidad N2	Mercado N2	0,15	0,54	-1,78	-0,07	1,63
Innovación N2	Clan N1	0,30	0,01	0,15	0,25	0,34
Innovación N2	Jerarquía N1	0,14	0,08	0,19	0,01	-0,16
Innovación N2	Mercado N1	0,12	0,22	0,53	0,08	-0,37
Innovación N2	Clan N2	0,38	0,24	-4,61	-0,13	4,34
Innovación N2	Jerarquía N2	0,29	0,19	-3,85	-0,09	3,67
Innovación N2	Mercado N2	0,15	0,54	-3,20	-0,07	3,05

Tabla H5.1.2.

Moderaciones específicas variables de Clima Presión (nivel 2) y Cultura organizacional Mercado (nivel 1) para variable Agotamiento emocional.

Variable Clima Organizacional	Variable Cultura organizacional	$\beta_{ef0}$	$p$	$-IDE$	$Centr.$	$+IDE$
Autonomía N1	Clan N1	0,08	0,47	-0,09	0,03	0,14
Autonomía N1	Jerarquía N1	0,01	0,84	-0,11	-0,02	0,07
Autonomía N1	Mercado N1	0,13	0,13	0,01	0,10	0,18
Autonomía N1	Clan N2	-0,19	0,48	-0,27	-0,35	-0,43
Autonomía N1	Jerarquía N2	-0,23	0,19	-0,10	-0,22	-0,33
Autonomía N1	Mercado N2	-0,05	0,82	0,00	-0,11	-0,21
Cohesión N1	Clan N1	0,08	0,47	-0,07	0,03	0,13
Cohesión N1	Jerarquía N1	0,01	0,84	-0,11	-0,02	0,07
Cohesión N1	Mercado N1	0,13	0,13	-0,03	0,10	0,23

Cohesión N1	Clan N2	-0,19	0,48	-0,36	-0,35	-0,34
Cohesión N1	Jerarquía N2	-0,23	0,19	-0,24	-0,22	-0,19
Cohesión N1	Mercado N2	-0,05	0,82	-0,28	-0,11	0,07
Confianza N1	Clan N1	0,08	0,47	-0,18	0,03	0,24
Confianza N1	Jerarquía N1	0,01	0,84	-0,26	-0,02	0,23
Confianza N1	Mercado N1	0,13	0,13	0,08	0,10	0,12
Confianza N1	Clan N2	-0,19	0,48	-1,24	-0,35	0,55
Confianza N1	Jerarquía N2	-0,23	0,19	-0,43	-0,22	0,00
Confianza N1	Mercado N2	-0,05	0,82	-0,53	-0,11	0,32
Presión N1	Clan N1	0,08	0,47	0,24	0,03	-0,19
Presión N1	Jerarquía N1	0,01	0,84	0,12	-0,02	-0,16
Presión N1	Mercado N1	0,13	0,13	0,19	0,10	0,01
Presión N1	Clan N2	-0,19	0,48	-0,07	-0,35	-0,62
Presión N1	Jerarquía N2	-0,23	0,19	0,04	-0,22	-0,48
Presión N1	Mercado N2	-0,05	0,82	-0,08	-0,11	-0,13
Apoyo N1	Clan N1	0,08	0,47	0,66	0,03	-0,60
Apoyo N1	Jerarquía N1	0,01	0,84	0,32	-0,02	-0,35
Apoyo N1	Mercado N1	0,13	0,13	0,35	0,10	-0,16
Apoyo N1	Clan N2	-0,19	0,48	-0,74	-0,35	0,05
Apoyo N1	Jerarquía N2	-0,23	0,19	-0,65	-0,22	0,22
Apoyo N1	Mercado N2	-0,05	0,82	-0,17	-0,11	-0,05
Reconocimiento N1	Clan N1	0,08	0,47	-0,10	0,03	0,16
Reconocimiento N1	Jerarquía N1	0,01	0,84	0,01	-0,02	-0,05
Reconocimiento N1	Mercado N1	0,13	0,13	-0,04	0,10	0,24
Reconocimiento N1	Clan N2	-0,19	0,48	0,17	-0,35	-0,87
Reconocimiento N1	Jerarquía N2	-0,23	0,19	0,14	-0,22	-0,57
Reconocimiento N1	Mercado N2	-0,05	0,82	0,19	-0,11	-0,40
Equidad N1	Clan N1	0,08	0,47	0,05	0,03	0,01
Equidad N1	Jerarquía N1	0,01	0,84	-0,02	-0,02	-0,02
Equidad N1	Mercado N1	0,13	0,13	0,24	0,10	-0,04
Equidad N1	Clan N2	-0,19	0,48	-0,23	-0,35	-0,47
Equidad N1	Jerarquía N2	-0,23	0,19	-0,37	-0,22	-0,07
Equidad N1	Mercado N2	-0,05	0,82	0,05	-0,11	-0,26
Innovación N1	Clan N1	0,08	0,47	-0,21	0,03	0,26
Innovación N1	Jerarquía N1	0,01	0,84	-0,10	-0,02	0,07
Innovación N1	Mercado N1	0,13	0,13	-0,07	0,10	0,27
Innovación N1	Clan N2	-0,19	0,48	-0,07	-0,35	-0,62
Innovación N1	Jerarquía N2	-0,23	0,19	0,14	-0,22	-0,57
Innovación N1	Mercado N2	-0,05	0,82	-0,10	-0,11	-0,11
Autonomía N2	Clan N1	0,08	0,47	0,37	0,03	-0,32

Autonomía N2	Jerarquía N1	0,01	0,84	0,31	-0,02	-0,35
Autonomía N2	Mercado N1	0,13	0,13	0,42	0,10	-0,23
Autonomía N2	Clan N2	-0,19	0,48	0,43	-0,35	-1,12
Autonomía N2	Jerarquía N2	-0,23	0,19	0,92	-0,22	-1,36
Autonomía N2	Mercado N2	-0,05	0,82	-0,03	-0,11	-0,19
Cohesión N2	Clan N1	0,08	0,47	0,21	0,03	-0,15
Cohesión N2	Jerarquía N1	0,01	0,84	-0,13	-0,02	0,09
Cohesión N2	Mercado N1	0,13	0,13	0,15	0,10	0,04
Cohesión N2	Clan N2	-0,19	0,48	-1,00	-0,35	0,31
Cohesión N2	Jerarquía N2	-0,23	0,19	-0,42	-0,22	-0,01
Cohesión N2	Mercado N2	-0,05	0,82	-0,63	-0,11	0,42
Confianza N2	Clan N1	0,08	0,47	0,10	0,03	-0,05
Confianza N2	Jerarquía N1	0,01	0,84	0,17	-0,02	-0,20
Confianza N2	Mercado N1	0,13	0,13	0,64	0,10	-0,44
Confianza N2	Clan N2	-0,19	0,48	-4,81	-0,35	4,12
Confianza N2	Jerarquía N2	-0,23	0,19	-1,94	-0,22	1,50
Confianza N2	Mercado N2	-0,05	0,82	-3,59	-0,11	3,38
Presión N2	Clan N1	0,08	0,47	-0,42	0,03	0,47
Presión N2	Jerarquía N1	0,01	0,84	-0,44	-0,02	0,40
Presión N2	Mercado N1	0,13	0,13	-0,48	0,10	0,68
Presión N2	Clan N2	-0,19	0,48	0,07	-0,35	-0,76
Presión N2	Jerarquía N2	-0,23	0,19	0,09	-0,22	-0,52
Presión N2	Mercado N2	-0,05	0,82	-0,46	-0,11	0,24
Apoyo N2	Clan N1	0,08	0,47	0,55	0,03	-0,50
Apoyo N2	Jerarquía N1	0,01	0,84	0,57	-0,02	-0,61
Apoyo N2	Mercado N1	0,13	0,13	-0,22	0,10	0,42
Apoyo N2	Clan N2	-0,19	0,48	3,78	-0,35	-4,48
Apoyo N2	Jerarquía N2	-0,23	0,19	1,66	-0,22	-2,09
Apoyo N2	Mercado N2	-0,05	0,82	3,23	-0,11	-3,44
Reconocimiento N2	Clan N1	0,08	0,47	-0,46	0,03	0,51
Reconocimiento N2	Jerarquía N1	0,01	0,84	-0,46	-0,02	0,42
Reconocimiento N2	Mercado N1	0,13	0,13	-0,61	0,10	0,80
Reconocimiento N2	Clan N2	-0,19	0,48	5,11	-0,35	-5,81
Reconocimiento N2	Jerarquía N2	-0,23	0,19	3,15	-0,22	-3,59
Reconocimiento N2	Mercado N2	-0,05	0,82	3,02	-0,11	-3,23
Equidad N2	Clan N1	0,08	0,47	0,63	0,03	-0,58
Equidad N2	Jerarquía N1	0,01	0,84	0,50	-0,02	-0,53
Equidad N2	Mercado N1	0,13	0,13	0,31	0,10	-0,11
Equidad N2	Clan N2	-0,19	0,48	-0,78	-0,35	0,09
Equidad N2	Jerarquía N2	-0,23	0,19	-1,11	-0,22	0,68

Equidad N2	Mercado N2	-0,05	0,82	-1,58	-0,11	1,37
Innovación N2	Clan N1	0,08	0,47	-0,42	0,03	0,47
Innovación N2	Jerarquía N1	0,01	0,84	-0,74	-0,02	0,70
Innovación N2	Mercado N1	0,13	0,13	0,39	0,10	-0,20
Innovación N2	Clan N2	-0,19	0,48	-7,09	-0,35	6,39
Innovación N2	Jerarquía N2	-0,23	0,19	-4,35	-0,22	3,91
Innovación N2	Mercado N2	-0,05	0,82	-3,44	-0,11	3,22

Tabla H5.1.3

Vergüenza a la revelacion Moderaciones específicas variables de Clima Apoyo (nivel 1/nivel 2) y Cultura organizacional (nivel 1/nivel 2) para variable Vergüenza a la revelación.

Variable Clima Organizacional	Variable Cultura organizacional	$\beta_{ep}$	<i>p</i>	-IDE	Centr.	+IDE
Autonomía N1	Clan N1	-0,12	0,35	0,22	0,24	0,25
Autonomía N1	Jerarquía N1	-0,03	0,71	0,24	0,18	0,12
Autonomía N1	Mercado N1	-0,06	0,59	0,24	0,24	0,23
Autonomía N1	Clan N2	0,08	0,82	0,29	-0,03	-0,35
Autonomía N1	Jerarquía N2	0,39	0,14	0,31	-0,02	-0,35
Autonomía N1	Mercado N2	0,16	0,56	0,20	0,02	-0,16
Cohesión N1	Clan N1	-0,12	0,35	-0,13	0,24	0,61
Cohesión N1	Jerarquía N1	-0,03	0,71	-0,06	0,18	0,43
Cohesión N1	Mercado N1	-0,06	0,59	0,04	0,24	0,43
Cohesión N1	Clan N2	0,08	0,82	-0,48	-0,03	0,43
Cohesión N1	Jerarquía N2	0,39	0,14	-0,49	-0,02	0,45
Cohesión N1	Mercado N2	0,16	0,56	-0,50	0,02	0,54
Confianza N1	Clan N1	-0,12	0,35	0,15	0,24	0,32
Confianza N1	Jerarquía N1	-0,03	0,71	0,38	0,18	-0,01
Confianza N1	Mercado N1	-0,06	0,59	0,43	0,24	0,04
Confianza N1	Clan N2	0,08	0,82	-1,51	-0,03	1,46
Confianza N1	Jerarquía N2	0,39	0,14	-0,46	-0,02	0,42
Confianza N1	Mercado N2	0,16	0,56	-1,12	0,02	1,16
Presión N1	Clan N1	-0,12	0,35	0,20	0,24	0,27
Presión N1	Jerarquía N1	-0,03	0,71	0,16	0,18	0,21
Presión N1	Mercado N1	-0,06	0,59	0,33	0,24	0,14
Presión N1	Clan N2	0,08	0,82	0,33	-0,03	-0,38
Presión N1	Jerarquía N2	0,39	0,14	-0,06	-0,02	0,02
Presión N1	Mercado N2	0,16	0,56	0,44	0,02	-0,40
Apoyo N1	Clan N1	-0,12	0,35	0,64	0,24	-0,17

Apoyo N1	Jerarquía N1	-0,03	0,71	-0,01	0,18	0,37
Apoyo N1	Mercado N1	-0,06	0,59	0,50	0,24	-0,03
Apoyo N1	Clan N2	0,08	0,82	1,79	-0,03	-1,84
Apoyo N1	Jerarquía N2	0,39	0,14	1,15	-0,02	-1,20
Apoyo N1	Mercado N2	0,16	0,56	1,96	0,02	-1,92
Reconocimiento N1	Clan N1	-0,12	0,35	0,51	0,24	-0,04
Reconocimiento N1	Jerarquía N1	-0,03	0,71	0,67	0,18	-0,31
Reconocimiento N1	Mercado N1	-0,06	0,59	0,40	0,24	0,07
Reconocimiento N1	Clan N2	0,08	0,82	-0,58	-0,03	0,53
Reconocimiento N1	Jerarquía N2	0,39	0,14	-0,73	-0,02	0,69
Reconocimiento N1	Mercado N2	0,16	0,56	-0,87	0,02	0,91
Equidad N1	Clan N1	-0,12	0,35	0,16	0,24	0,31
Equidad N1	Jerarquía N1	-0,03	0,71	0,11	0,18	0,26
Equidad N1	Mercado N1	-0,06	0,59	-0,01	0,24	0,48
Equidad N1	Clan N2	0,08	0,82	0,53	-0,03	-0,59
Equidad N1	Jerarquía N2	0,39	0,14	-0,01	-0,02	-0,03
Equidad N1	Mercado N2	0,16	0,56	0,33	0,02	-0,29
Innovación N1	Clan N1	-0,12	0,35	-0,25	0,24	0,73
Innovación N1	Jerarquía N1	-0,03	0,71	-0,25	0,18	0,62
Innovación N1	Mercado N1	-0,06	0,59	-0,17	0,24	0,64
Innovación N1	Clan N2	0,08	0,82	0,03	-0,03	-0,09
Innovación N1	Jerarquía N2	0,39	0,14	0,32	-0,02	-0,36
Innovación N1	Mercado N2	0,16	0,56	0,04	0,02	0,00
Autonomía N2	Clan N1	-0,12	0,35	0,23	0,24	0,25
Autonomía N2	Jerarquía N1	-0,03	0,71	-0,26	0,18	0,62
Autonomía N2	Mercado N1	-0,06	0,59	0,28	0,24	0,19
Autonomía N2	Clan N2	0,08	0,82	3,46	-0,03	-3,51
Autonomía N2	Jerarquía N2	0,39	0,14	3,33	-0,02	-3,37
Autonomía N2	Mercado N2	0,16	0,56	2,33	0,02	-2,29
Cohesión N2	Clan N1	-0,12	0,35	0,72	0,24	-0,24
Cohesión N2	Jerarquía N1	-0,03	0,71	0,60	0,18	-0,24
Cohesión N2	Mercado N1	-0,06	0,59	0,78	0,24	-0,31
Cohesión N2	Clan N2	0,08	0,82	-2,37	-0,03	2,32
Cohesión N2	Jerarquía N2	0,39	0,14	-3,56	-0,02	3,52
Cohesión N2	Mercado N2	0,16	0,56	-0,78	0,02	0,82
Confianza N2	Clan N1	-0,12	0,35	0,38	0,24	0,10
Confianza N2	Jerarquía N1	-0,03	0,71	-0,74	0,18	1,10
Confianza N2	Mercado N1	-0,06	0,59	1,02	0,24	-0,55
Confianza N2	Clan N2	0,08	0,82	5,40	-0,03	-5,45
Confianza N2	Jerarquía N2	0,39	0,14	5,14	-0,02	-5,18

Confianza N2	Mercado N2	0,16	0,56	2,11	0,02	-2,07
Presión N2	Clan N1	-0,12	0,35	0,11	0,24	0,37
Presión N2	Jerarquía N1	-0,03	0,71	0,40	0,18	-0,03
Presión N2	Mercado N1	-0,06	0,59	0,40	0,24	0,07
Presión N2	Clan N2	0,08	0,82	-1,74	-0,03	1,68
Presión N2	Jerarquía N2	0,39	0,14	-1,07	-0,02	1,03
Presión N2	Mercado N2	0,16	0,56	-0,20	0,02	0,24
Apoyo N2	Clan N1	-0,12	0,35	2,43	0,24	-1,96
Apoyo N2	Jerarquía N1	-0,03	0,71	1,29	0,18	-0,93
Apoyo N2	Mercado N1	-0,06	0,59	0,62	0,24	-0,15
Apoyo N2	Clan N2	0,08	0,82	2,57	-0,03	-2,63
Apoyo N2	Jerarquía N2	0,39	0,14	4,35	-0,02	-4,40
Apoyo N2	Mercado N2	0,16	0,56	3,04	0,02	-3,00
Reconocimiento N2	Clan N1	-0,12	0,35	-1,57	0,24	2,04
Reconocimiento N2	Jerarquía N1	-0,03	0,71	-1,25	0,18	1,62
Reconocimiento N2	Mercado N1	-0,06	0,59	-1,39	0,24	1,86
Reconocimiento N2	Clan N2	0,08	0,82	3,32	-0,03	-3,37
Reconocimiento N2	Jerarquía N2	0,39	0,14	4,99	-0,02	-5,04
Reconocimiento N2	Mercado N2	0,16	0,56	1,51	0,02	-1,47
Equidad N2	Clan N1	-0,12	0,35	-0,48	0,24	0,96
Equidad N2	Jerarquía N1	-0,03	0,71	0,46	0,18	-0,09
Equidad N2	Mercado N1	-0,06	0,59	-0,53	0,24	1,01
Equidad N2	Clan N2	0,08	0,82	-1,52	-0,03	1,47
Equidad N2	Jerarquía N2	0,39	0,14	-3,96	-0,02	3,92
Equidad N2	Mercado N2	0,16	0,56	1,69	0,02	-1,65
Innovación N2	Clan N1	-0,12	0,35	-0,40	0,24	0,88
Innovación N2	Jerarquía N1	-0,03	0,71	0,80	0,18	-0,44
Innovación N2	Mercado N1	-0,06	0,59	0,91	0,24	-0,44
Innovación N2	Clan N2	0,08	0,82	-6,53	-0,03	6,47
Innovación N2	Jerarquía N2	0,39	0,14	-7,88	-0,02	7,84
Innovación N2	Mercado N2	0,16	0,56	-6,61	0,02	6,66

Tabla H5.1.4

Moderaciones específicas variables de Clima Presión (nivel 2) y Cultura organizacional Mercado (nivel 1) para variable Creencias estigmatizantes.

Variable Clima Organizacional	Variable Cultura organizacional	$\beta_{ef0}$	$p$	$-IDE$	$Centr.$	$+IDE$
Autonomía N1	Clan N1	-0,24	0,04	-0,25	-0,44	-0,62
Autonomía N1	Jerarquía N1	-0,04	0,60	-0,19	-0,15	-0,11
Autonomía N1	Mercado N1	-0,12	0,21	-0,30	-0,25	-0,20
Autonomía N1	Clan N2	-0,14	0,76	0,44	0,54	0,64
Autonomía N1	Jerarquía N2	-0,20	0,54	0,21	0,40	0,60
Autonomía N1	Mercado N2	-0,39	0,27	0,61	0,64	0,67
Cohesión N1	Clan N1	-0,24	0,04	-0,52	-0,44	-0,35
Cohesión N1	Jerarquía N1	-0,04	0,60	-0,06	-0,15	-0,24
Cohesión N1	Mercado N1	-0,12	0,21	-0,27	-0,25	-0,23
Cohesión N1	Clan N2	-0,14	0,76	0,61	0,54	0,48
Cohesión N1	Jerarquía N2	-0,20	0,54	0,32	0,40	0,49
Cohesión N1	Mercado N2	-0,39	0,27	1,11	0,64	0,18
Confianza N1	Clan N1	-0,24	0,04	0,02	-0,44	-0,89
Confianza N1	Jerarquía N1	-0,04	0,60	-0,02	-0,15	-0,28
Confianza N1	Mercado N1	-0,12	0,21	0,21	-0,25	-0,71
Confianza N1	Clan N2	-0,14	0,76	-1,08	0,54	2,17
Confianza N1	Jerarquía N2	-0,20	0,54	-0,68	0,40	1,48
Confianza N1	Mercado N2	-0,39	0,27	-0,46	0,64	1,74
Presión N1	Clan N1	-0,24	0,04	-0,43	-0,44	-0,45
Presión N1	Jerarquía N1	-0,04	0,60	-0,16	-0,15	-0,14
Presión N1	Mercado N1	-0,12	0,21	-0,28	-0,25	-0,22
Presión N1	Clan N2	-0,14	0,76	0,46	0,54	0,63
Presión N1	Jerarquía N2	-0,20	0,54	0,57	0,40	0,23
Presión N1	Mercado N2	-0,39	0,27	0,71	0,64	0,58
Apoyo N1	Clan N1	-0,24	0,04	-0,74	-0,44	-0,13
Apoyo N1	Jerarquía N1	-0,04	0,60	-0,06	-0,15	-0,25
Apoyo N1	Mercado N1	-0,12	0,21	-0,61	-0,25	0,12
Apoyo N1	Clan N2	-0,14	0,76	1,05	0,54	0,04
Apoyo N1	Jerarquía N2	-0,20	0,54	0,97	0,40	-0,16
Apoyo N1	Mercado N2	-0,39	0,27	1,08	0,64	0,20
Reconocimiento N1	Clan N1	-0,24	0,04	-0,60	-0,44	-0,27
Reconocimiento N1	Jerarquía N1	-0,04	0,60	-0,38	-0,15	0,07
Reconocimiento N1	Mercado N1	-0,12	0,21	-0,59	-0,25	0,09
Reconocimiento N1	Clan N2	-0,14	0,76	0,39	0,54	0,69
Reconocimiento N1	Jerarquía N2	-0,20	0,54	0,40	0,40	0,40
Reconocimiento N1	Mercado N2	-0,39	0,27	0,50	0,64	0,78
Equidad N1	Clan N1	-0,24	0,04	-0,64	-0,44	-0,23
Equidad N1	Jerarquía N1	-0,04	0,60	-0,20	-0,15	-0,10
Equidad N1	Mercado N1	-0,12	0,21	-0,29	-0,25	-0,21
Equidad N1	Clan N2	-0,14	0,76	-0,08	0,54	1,17
Equidad N1	Jerarquía N2	-0,20	0,54	-0,15	0,40	0,95
Equidad N1	Mercado N2	-0,39	0,27	0,20	0,64	1,09
Innovación N1	Clan N1	-0,24	0,04	-0,28	-0,44	-0,59
Innovación N1	Jerarquía N1	-0,04	0,60	-0,08	-0,15	-0,22

Innovación N1	Mercado N1	-0,12	0,21	0,04	-0,25	-0,53
Innovación N1	Clan N2	-0,14	0,76	1,86	0,54	-0,77
Innovación N1	Jerarquía N2	-0,20	0,54	1,22	0,40	-0,41
Innovación N1	Mercado N2	-0,39	0,27	1,51	0,64	-0,23
Autonomía N2	Clan N1	-0,24	0,04	-0,66	-0,44	-0,21
Autonomía N2	Jerarquía N1	-0,04	0,60	-0,48	-0,15	0,18
Autonomía N2	Mercado N1	-0,12	0,21	-0,63	-0,25	0,14
Autonomía N2	Clan N2	-0,14	0,76	1,13	0,54	-0,04
Autonomía N2	Jerarquía N2	-0,20	0,54	-0,81	0,40	1,62
Autonomía N2	Mercado N2	-0,39	0,27	0,81	0,64	0,48
Cohesión N2	Clan N1	-0,24	0,04	-0,78	-0,44	-0,09
Cohesión N2	Jerarquía N1	-0,04	0,60	-0,28	-0,15	-0,02
Cohesión N2	Mercado N1	-0,12	0,21	-0,53	-0,25	0,03
Cohesión N2	Clan N2	-0,14	0,76	-4,39	0,54	5,48
Cohesión N2	Jerarquía N2	-0,20	0,54	-3,48	0,40	4,29
Cohesión N2	Mercado N2	-0,39	0,27	-0,82	0,64	2,11
Confianza N2	Clan N1	-0,24	0,04	-1,30	-0,44	0,43
Confianza N2	Jerarquía N1	-0,04	0,60	-0,65	-0,15	0,34
Confianza N2	Mercado N1	-0,12	0,21	-0,59	-0,25	0,09
Confianza N2	Clan N2	-0,14	0,76	2,73	0,54	-1,65
Confianza N2	Jerarquía N2	-0,20	0,54	0,67	0,40	0,13
Confianza N2	Mercado N2	-0,39	0,27	2,52	0,64	-1,24
Presión N2	Clan N1	-0,24	0,04	-0,81	-0,44	-0,06
Presión N2	Jerarquía N1	-0,04	0,60	-0,27	-0,15	-0,03
Presión N2	Mercado N1	-0,12	0,21	-0,54	-0,25	0,05
Presión N2	Clan N2	-0,14	0,76	-2,40	0,54	3,48
Presión N2	Jerarquía N2	-0,20	0,54	-2,22	0,40	3,02
Presión N2	Mercado N2	-0,39	0,27	-0,22	0,64	1,50
Apoyo N2	Clan N1	-0,24	0,04	-0,78	-0,44	-0,09
Apoyo N2	Jerarquía N1	-0,04	0,60	0,18	-0,15	-0,48
Apoyo N2	Mercado N1	-0,12	0,21	-0,04	-0,25	-0,46
Apoyo N2	Clan N2	-0,14	0,76	-9,99	0,54	11,08
Apoyo N2	Jerarquía N2	-0,20	0,54	-4,98	0,40	5,78
Apoyo N2	Mercado N2	-0,39	0,27	-8,80	0,64	10,08
Reconocimiento N2	Clan N1	-0,24	0,04	-0,42	-0,44	-0,45
Reconocimiento N2	Jerarquía N1	-0,04	0,60	-0,01	-0,15	-0,29
Reconocimiento N2	Mercado N1	-0,12	0,21	0,23	-0,25	-0,72
Reconocimiento N2	Clan N2	-0,14	0,76	0,01	0,54	1,08
Reconocimiento N2	Jerarquía N2	-0,20	0,54	-0,67	0,40	1,47
Reconocimiento N2	Mercado N2	-0,39	0,27	-0,33	0,64	1,62
Equidad N2	Clan N1	-0,24	0,04	0,83	-0,44	-1,70
Equidad N2	Jerarquía N1	-0,04	0,60	0,64	-0,15	-0,94
Equidad N2	Mercado N1	-0,12	0,21	0,72	-0,25	-1,21
Equidad N2	Clan N2	-0,14	0,76	15,81	0,54	-14,72
Equidad N2	Jerarquía N2	-0,20	0,54	12,60	0,40	-11,80
Equidad N2	Mercado N2	-0,39	0,27	9,50	0,64	-8,22
Innovación N2	Clan N1	-0,24	0,04	-0,47	-0,44	-0,40
Innovación N2	Jerarquía N1	-0,04	0,60	-0,60	-0,15	0,30
Innovación N2	Mercado N1	-0,12	0,21	-1,08	-0,25	0,59
Innovación N2	Clan N2	-0,14	0,76	1,88	0,54	-0,79

Innovación N2	Jerarquía N2	-0,20	0,54	1,47	0,40	-0,67
Innovación N2	Mercado N2	-0,39	0,27	4,81	0,64	-3,53

**Tabla H5.1.5**

Moderaciones específicas variables de Clima Apoyo (nivel 1/nivel 2) y variables actitudinales, cognitivas, de bienestar de proveedores de salud mental en su contexto laboral y Estigma asociativo (nivel 1/nivel 2) para variable Infantilización y distancia relacional.

Variable Clima Organizacional	Variables Actitudinales, cognitivas, bienestar y estigma asociativo	$\beta_{ef0}$	$p$	$-IDE$	Centr.	$+IDE$
Apoyo N1	Ambigüedad Rol N1	0,03	0,63	-0,24	-0,04	0,15
Innovación N1	Ambigüedad Rol N1	0,03	0,63	0,22	-0,04	-0,31
Apoyo N2	Ambigüedad Rol N1	0,03	0,63	-0,04	-0,04	-0,05
Innovación N2	Ambigüedad Rol N1	0,03	0,63	-0,08	-0,04	-0,01
Apoyo N1	Ambigüedad Rol N2	-0,01	0,98	0,69	0,61	0,53
Innovación N1	Ambigüedad Rol N2	-0,01	0,98	0,57	0,61	0,65
Apoyo N2	Ambigüedad Rol N2	-0,01	0,98	-1,52	0,61	2,74
Innovación N2	Ambigüedad Rol N2	-0,01	0,98	2,87	0,61	-1,65
Apoyo N1	Agotamiento emocional N1	0,09	0,24	0,29	0,08	-0,12
Innovación N1	Agotamiento emocional N1	0,09	0,24	-0,01	0,08	0,18
Apoyo N2	Agotamiento emocional N1	0,09	0,24	-1,06	0,08	1,23
Innovación N2	Agotamiento emocional N1	0,09	0,24	1,40	0,08	-1,23
Apoyo N1	Agotamiento emocional N2	-0,64	0,09	-0,85	-0,96	-1,06
Innovación N1	Agotamiento emocional N2	-0,64	0,09	-0,60	-0,96	-1,32
Apoyo N2	Agotamiento emocional N2	-0,64	0,09	-2,09	-0,96	0,18
Innovación N2	Agotamiento emocional N2	-0,64	0,09	-0,38	-0,96	-1,54
Apoyo N1	Despersonalización N1	-0,14	0,04	0,10	-0,14	-0,39
Innovación N1	Despersonalización N1	-0,14	0,04	-0,42	-0,14	0,13
Apoyo N2	Despersonalización N1	-0,14	0,04	0,17	-0,14	-0,45
Innovación N2	Despersonalización N1	-0,14	0,04	-0,34	-0,14	0,05
Apoyo N1	Despersonalización N2	-0,25	0,29	0,14	-0,06	-0,26
Innovación N1	Despersonalización N2	-0,25	0,29	-0,38	-0,06	0,26
Apoyo N2	Despersonalización N2	-0,25	0,29	-0,23	-0,06	0,11
Innovación N2	Despersonalización N2	-0,25	0,29	0,72	-0,06	-0,85
Apoyo N1	Comp. org. Afectivo N1	-0,06	0,43	0,32	-0,07	-0,45
Innovación N1	Comp. org. Afectivo N1	-0,06	0,43	-0,25	-0,07	0,12
Apoyo N2	Comp. org. Afectivo N1	-0,06	0,43	0,34	-0,07	-0,47
Innovación N2	Comp. org. Afectivo N1	-0,06	0,43	-0,40	-0,07	0,26
Apoyo N1	Comp. org. Afectivo N2	-0,03	0,92	1,37	0,43	-0,52
Innovación N1	Comp. org. Afectivo N2	-0,03	0,92	-0,10	0,43	0,95
Apoyo N2	Comp. org. Afectivo N2	-0,03	0,92	2,93	0,43	-2,08
Innovación N2	Comp. org. Afectivo N2	-0,03	0,92	-0,73	0,43	1,59

Apoyo N1	Comp. org. de Continuidad N1	-0,21	0,00	-0,33	-0,23	-0,13
Innovación N1	Comp. org. de Continuidad N1	-0,21	0,00	-0,10	-0,23	-0,36
Apoyo N2	Comp. org. de Continuidad N1	-0,21	0,00	0,30	-0,23	-0,76
Innovación N2	Comp. org. de Continuidad N1	-0,21	0,00	-0,59	-0,23	0,14
Apoyo N1	Comp. org. de Continuidad N2	-0,32	0,16	-0,10	-0,34	-0,58
Innovación N1	Comp. org. de Continuidad N2	-0,32	0,16	-0,39	-0,34	-0,30
Apoyo N2	Comp. org. de Continuidad N2	-0,32	0,16	-2,27	-0,34	1,59
Innovación N2	Comp. org. de Continuidad N2	-0,32	0,16	1,28	-0,34	-1,97
Apoyo N1	Comp. org. Normativo N1	0,05	0,42	-0,08	0,07	0,22
Innovación N1	Comp. org. Normativo N1	0,05	0,42	0,21	0,07	-0,06
Apoyo N2	Comp. org. Normativo N1	0,05	0,42	-1,04	0,07	1,18
Innovación N2	Comp. org. Normativo N1	0,05	0,42	1,46	0,07	-1,32
Apoyo N1	Comp. org. Normativo N2	0,17	0,59	-0,10	0,02	0,13
Innovación N1	Comp. org. Normativo N2	0,17	0,59	-0,23	0,02	0,26
Apoyo N2	Comp. org. Normativo N2	0,17	0,59	-3,77	0,02	3,80
Innovación N2	Comp. org. Normativo N2	0,17	0,59	2,86	0,02	-2,83
Apoyo N1	Conflicto de rol N1	0,04	0,47	-0,08	0,04	0,16
Innovación N1	Conflicto de rol N1	0,04	0,47	0,33	0,04	-0,26
Apoyo N2	Conflicto de rol N1	0,04	0,47	0,00	0,04	0,07
Innovación N2	Conflicto de rol N1	0,04	0,47	0,04	0,04	0,04
Apoyo N1	Conflicto de rol N2	0,32	0,27	1,15	0,80	0,46
Innovación N1	Conflicto de rol N2	0,32	0,27	0,59	0,80	1,02
Apoyo N2	Conflicto de rol N2	0,32	0,27	1,85	0,80	-0,24
Innovación N2	Conflicto de rol N2	0,32	0,27	-2,39	0,80	4,00
Apoyo N1	Vergüenza a la Revelación N1	-0,26	0,00	-0,35	-0,27	-0,19
Innovación N1	Vergüenza a la Revelación N1	-0,26	0,00	-0,28	-0,27	-0,26
Apoyo N2	Vergüenza a la Revelación N1	-0,26	0,00	-0,14	-0,27	-0,40
Innovación N2	Vergüenza a la Revelación N1	-0,26	0,00	0,02	-0,27	-0,56
Apoyo N1	Vergüenza a la Revelación N2	-0,31	0,14	-0,59	-1,04	-1,48
Innovación N1	Vergüenza a la Revelación N2	-0,31	0,14	-0,97	-1,04	-1,10
Apoyo N2	Vergüenza a la Revelación N2	-0,31	0,14	1,88	-1,04	-3,95
Innovación N2	Vergüenza a la Revelación N2	-0,31	0,14	-3,95	-1,04	1,88
Apoyo N1	Actitud negativa hacia el trabajo N1	0,06	0,30	0,08	0,05	0,03
Innovación N1	Actitud negativa hacia el trabajo N1	0,06	0,30	0,11	0,05	0,00
Apoyo N2	Actitud negativa hacia el trabajo N1	0,06	0,30	0,19	0,05	-0,09
Innovación N2	Actitud negativa hacia el trabajo N1	0,06	0,30	-0,38	0,05	0,48
Apoyo N1	Actitud negativa hacia el trabajo N2	0,12	0,43	-0,17	-0,13	-0,09
Innovación N1	Actitud negativa hacia el trabajo N2	0,12	0,43	-0,12	-0,13	-0,15
Apoyo N2	Actitud negativa hacia el trabajo N2	0,12	0,43	-0,66	-0,13	0,39
Innovación N2	Actitud negativa hacia el trabajo N2	0,12	0,43	0,18	-0,13	-0,45

