



**Universidad de Concepción
Dirección de Posgrado
Facultad de Ciencias Sociales
Programa de Magíster en Intervención Familiar**

TESIS

EXPLORACIÓN DEL ESTIGMA EN ESTUDIANTES DE LA SALUD HACIA PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL.

Tesis para optar al Grado de Magister en Intervención Familiar.

Por

Karen Loreto Zamora Carrasco

Profesora Guía

Dra. Daisy Angélica Vidal Gutiérrez

Profesor Co-guía

Dr. Alexis Vielma Aguilera

Concepción, Chile. 2025

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN	8
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2 MARCO REFERENCIAL	16
2.1 Marco Teórico.....	16
2.1.1 Teoría del etiquetaje	16
2.1.2 Teoría de la Categorización Social:.....	18
2.1.3 Teoría de la Identidad Social	20
2.1.4 Teoría Sociocognitiva.....	21
2.2 Marco Conceptual.....	24
2.2.1 Estigma	24
2.2.2 Tipología del Estigma.....	25
2.3 Marco Empírico.....	29
3 PREGUNTA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	36
3.1 Objetivo General.....	36
3.2 Objetivos Específicos.....	36
3.3 Pregunta de investigación.....	37
3.4 Supuestos de investigación.....	37
4 METODOLOGÍA	39
4.1 Tipo de estudio.....	39
4.2 Diseño	39
4.3 Población de estudio.....	40
4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	41
4.5 Unidad de Análisis y Unidad de Observación.....	42
4.6 Contexto Institucional.....	42
4.7 Delimitación espacial y temporal de la investigación.....	42
4.8 Técnicas e Instrumento.....	43
4.9 Trabajo de Campo.....	44
4.10 Malla temática o de coherencia metodológica	45
4.11 Consideraciones éticas.....	45
4.12 Plan De Análisis Cualitativo.....	46

4.13	Criterios de calidad y rigor metodológico.....	47
5	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS.....	51
5.1	Proceso de Codificación.....	51
6	RESULTADOS	54
7	DISCUSIONES.....	129
8	CONCLUSIONES.....	136
9	BIBLIOGRAFÍA.....	141
	ANEXOS.....	159

RESUMEN

El presente estudio explora el fenómeno del estigma hacia personas con diagnóstico de trastorno mental en estudiantes de carreras del área de la salud de la Universidad de Concepción, Chile. Mediante una metodología cualitativa, con enfoque fenomenográfico y diseño descriptivo-relacional, se analizaron las experiencias, conocimientos y actitudes de 28 estudiantes de pregrado pertenecientes a Medicina, Enfermería, Kinesiología, Obstetricia y Puericultura, Trabajo Social y Psicología. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas individuales semiestructuradas y el análisis de contenido asistido por software ATLAS.ti.

Los resultados muestran la persistencia de creencias estigmatizantes, prejuicios y prácticas discriminatorias, tanto explícitas como sutiles, apreciadas en estereotipos culturales, discursos familiares y modelos biomédicos presentes en la formación profesional. Asimismo, se observa que el contacto previo, tanto familiar como personal, se asocia con una mayor empatía y cuestionamiento de los prejuicios, mientras que la ausencia de estas experiencias refuerza actitudes de distanciamiento y desconocimiento.

El análisis permitió comprobar que el estigma hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental en estudiantes del área de la salud constituye un fenómeno persistente y multicausal, sustentado tanto por creencias y prejuicios individuales como por marcos formativos e institucionales que, aunque han avanzado en la incorporación de contenidos sobre salud mental, mantienen enfoques predominantemente biomédicos y normativos. Se comprobó que el contacto significativo y las experiencias personales y familiares constituyen factores protectores frente a los prejuicios, mientras que su ausencia refuerza actitudes de distanciamiento y desconocimiento. Asimismo, emergieron expresiones de estigma interseccional asociadas al género, la edad y el origen social, que complejizan las dinámicas de exclusión y discriminación. Las conclusiones subrayan la necesidad de fortalecer los espacios curriculares y pedagógicos orientados a la empatía, el respeto

y la inclusión, así como el desarrollo de estrategias institucionales y éticas que permitan una transformación real de las prácticas y discursos sobre salud mental en la formación de futuros profesionales.

Palabras clave: Estigma, Salud mental, Estudiantes de la salud, Trastornos mentales, Educación superior

ABSTRACT.

This study explores the phenomenon of stigma toward people diagnosed with mental disorders among students in health-related degree programs at the University of Concepción, Chile. Using a qualitative methodology with a phenomenographic and descriptive-relational approach, the experiences, knowledge, and attitudes of 28 undergraduate students from Medicine, Nursing, Kinesiology, Obstetrics and Midwifery, Social Work, and Psychology were analyzed. Data were collected through individual semi-structured interviews and content analysis was conducted using ATLAS.ti software.

The results show the persistence of stigmatizing beliefs, prejudices, and discriminatory practices, both explicit and subtle, rooted in cultural stereotypes, family discourses, and biomedical models present in professional training. Furthermore, prior contact—whether familial or personal—is associated with greater empathy and a critical stance toward prejudice, while the absence of such experiences reinforces attitudes of social distance and lack of knowledge.

The analysis demonstrated that stigma toward people diagnosed with mental disorders among health students is a persistent and multi-causal phenomenon, fueled by both individual beliefs and prejudices, as well as by formative and institutional frameworks that, despite advances in mental health content, retain predominantly biomedical and normative approaches. Significant contact and personal or family experiences emerge as protective factors against prejudice, while their absence strengthens attitudes of distancing and ignorance. Additionally, expressions of intersectional stigma related to gender, age, and social origin were observed, adding complexity to exclusion and discrimination dynamics. The findings highlight the need to strengthen curricular and pedagogical spaces focused on empathy, respect, and inclusion, as well as to develop institutional

and ethical strategies that enable a real transformation of practices and discourses about mental health in the training of future professionals.

Keywords: Stigma, Mental health, Health students, Mental disorders, Higher education.

INTRODUCCIÓN

El estigma hacia personas con diagnósticos psiquiátricos se encuentra presente en la población general, familiares e incluso entre profesionales de la salud física y mental, lo que ha provocado un impacto particularmente significativo en la salud de estas personas. El estigma implica un conjunto de creencias negativas, prejuicios y estereotipos arraigados en la sociedad, que logran generar discriminación. Estas actitudes pueden tener consecuencias en la vida de las personas afectadas, tanto a nivel individual, familiar como social.

En el campo de la salud y cuidados de la salud mental, el estigma puede manifestarse como actitudes negativas, infantilización y comentarios desmotivantes hacia las personas atendidas en los Servicios de Salud, por parte de profesionales de la salud. Esto tiene implicaciones significativas para la experiencia de quienes buscan atención, afectando negativamente su proceso de tratamiento y cuidados (Corrigan y Watson, 2002). Las consecuencias del estigma en la atención de salud son diversas, como por ejemplo un menor acceso a los servicios de salud mental o la calidad de la atención recibida (Thornicroft, 2006). Además, puede afectar negativamente la autopercepción, reducir la autoestima y aumentar la carga asociada al diagnóstico de trastorno mental.

Estudiar el estigma durante la formación y capacitación de los profesionales de la salud es fundamental, ya que se debe enfocar en el desarrollo de actitudes éticas y en la promoción de un trato humanizado hacia las personas (Henderson et al., 2014). Reducir el estigma en salud mental durante el proceso de formación profesional está directamente asociado con la promoción de un manejo adecuado de la condición de las personas, el bienestar de quienes brindan cuidados y la mejora de la calidad de la atención de acuerdo con los lineamientos internacionales que promueven la inclusión (OMS, 2013). Asimismo, reducir el estigma en futuros profesionales de la salud puede ayudar a que estos logren intervenciones más efectivas con los usuarios, lo cual es crucial para

comprender sus necesidades y proporcionar una atención personalizada y libre de estigma (Knaak et al., 2017).

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo explorar los conocimientos, actitudes y respuestas conductuales de estudiantes del área de la salud, específicamente de Medicina, Enfermería, Kinesiología, Obstetricia y Puericultura, Trabajo Social y Psicología, hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental. Comprender estos aspectos permite identificar los factores subyacentes al estigma durante la etapa de formación profesional, así como reconocer áreas clave para el desarrollo de instrumentos de medición específicos para esta población. A su vez, este conocimiento contribuirá a la elaboración de intervenciones y programas orientados a la reducción del estigma, promoviendo una formación profesional basada en el trato humanizado e inclusivo hacia los y las usuarias de los servicios de salud mental (Link y Phelan, 2001).

CAPÍTULO 1:
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estigma hacia las personas con diagnósticos de trastorno mental impacta negativamente no solo a la persona diagnosticada, sino también a su familia y a la comunidad en general. Este estigma se manifiesta a través de creencias negativas, prejuicios y estereotipos profundamente arraigados en la sociedad, que pueden llevar a la discriminación y marginación de estas personas (Corrigan y Watson, 2002). La presencia de estigma en la atención de la salud mental tiene consecuencias significativas, incluyendo un menor acceso a los servicios de salud, una mala calidad de la atención recibida, y efectos adversos en la autopercepción y autoestima de los pacientes (Thornicroft, 2006).

A nivel mundial, aproximadamente una de cada ocho personas experimentará un trastorno mental a lo largo de su vida, lo que evidencia la magnitud del fenómeno y su impacto en los sistemas sanitarios (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En el caso de Chile, la situación no es diferente: los trastornos mentales representan una preocupación creciente, especialmente por la limitada disponibilidad de atención especializada. La escasez de psiquiatras, psicólogos y profesionales capacitados contribuye a tiempos de espera prolongados y a una atención fragmentada, particularmente en zonas rurales (Ministerio de Salud, 2023; Rojas, Martínez y Jadresic, 2020). Además, Kleinman (2009) subraya las desigualdades estructurales que dificultan el acceso equitativo a los servicios, afectando especialmente a los sectores más vulnerables.

En segundo lugar, la alta demanda de servicios de salud mental se ha incrementado en los últimos años, elevada por el impacto de la pandemia de COVID-19, que aumentó significativamente la prevalencia de problemas como la ansiedad y la depresión (Organización Mundial de la Salud, 2022; Moreno et al., 2021).

Otro aspecto es la persistente estigmatización de los trastornos mentales, que dificulta que muchas personas busquen ayuda temprana por miedo al rechazo o la discriminación (Corrigan, 2004). Esta situación se agrava en comunidades más vulnerables, donde la falta de información adecuada sobre salud mental genera mitos y malentendidos (Araya et al., 2019).

A pesar de los esfuerzos para mejorar el acceso y reducir el estigma, persisten barreras significativas que limitan la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud mental, como lo señalan los informes más recientes del Ministerio de Salud de Chile (2023). La insuficiencia de recursos financieros y logísticos representa otro obstáculo. Aunque ha habido avances en las políticas de salud mental, los fondos destinados a este sector siguen siendo insuficientes, lo que afecta la capacidad de los centros de salud para ofrecer tratamientos prolongados y enfoques integrales (Ministerio de Salud, 2023). Además, los trastornos mentales no solo tienen consecuencias para el bienestar emocional de las personas, sino que también impactan negativamente en su calidad de vida, afectando su capacidad para trabajar, estudiar y participar plenamente en la sociedad (Patel et al., 2018).

El estigma hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental, tanto por parte de profesionales de la salud como de estudiantes en formación del área de la salud, se refleja en la persistencia de creencias sobre imputabilidad, peligrosidad e imposibilidad de mejoría (Magliano et al., 2012; Angermeyer y Dietrich, 2006). En este sentido, quienes presentan estos trastornos suelen reportar sentirse devaluados, descartados y sometidos a un trato deshumanizado al interactuar con profesionales de la salud (Knaak et al., 2022). Esta situación les impone un doble desafío: por un lado, lidiar con los síntomas propios de su diagnóstico y, por otro, enfrentar el estigma persistente en la sociedad. La evidencia más reciente indica que las personas con trastornos mentales suelen

experimentar discriminación y exclusión, agravadas por actitudes negativas generalizadas en la sociedad (World Health Organization, 2022).

Según la literatura el estigma se presenta en diferentes poblaciones: en la población general (Schnyder et al., 2017), en la familia (Park y Park, 2014), y en profesionales de la salud (Henderson et al., 2014), siendo especialmente preocupante el estigma en esta última población. Las investigaciones dan cuenta graves consecuencias del estigma en diferentes ámbitos de la vida de las personas, incluyendo el ámbito familiar, social, económico y psicológico, transformándose en la barrera principal para que puedan lograr una plena inclusión social. En lo cotidiano, esto se puede ver plasmado en dificultades para obtener trabajos, una vivienda segura, recibir atención médica satisfactoria y ser parte de redes de apoyo social, como grupos de pares y familia (Corrigan y Rao, 2012). En el ámbito de la salud, el estigma es una barrera para el acceso a los servicios de salud ya que dificulta la adherencia a los tratamientos (Carrara y Ventura, 2018; Shim y Rust, 2013; Sickel et al., 2019), aumenta las tasas de morbilidad (Lawrence y Kisely, 2010; Reilly et al., 2015), y disminuye las posibilidades de manejo adecuado de la condición (Amsalem et al., 2018; Ebrahimi et al., 2017). En definitiva, el estigma es una de las causas principales de las inequidades en salud de la población (Hatzenbuehler et al., 2013).

Por este motivo, existe una creciente preocupación entre los investigadores respecto de la carencia de formación y conciencia en profesionales de la salud para trabajar adecuadamente con personas que presentan dichos diagnósticos (Riffel et al., 2019). Es necesario identificar aquellos aspectos que sostienen el estigma durante la formación profesional con el fin de disminuir y eliminar barreras actitudinales y estereotipos en escenarios académicos (Ceballos et al., 2020).

La salud mental es un campo crucial y complejo, y la formación de profesionales de la salud desempeña un papel fundamental en la promoción del bienestar mental. En este contexto, resulta

esencial explorar las actitudes y percepciones de los estudiantes de carreras de la salud hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental. Más aún, se reconoce la necesidad de comprender cómo las experiencias familiares pueden moldear estas actitudes y, por ende, impactar la calidad del cuidado que estos profesionales puedan brindar en el futuro. Las familias son entornos influyentes que contribuyen significativamente a la formación de valores, creencias y actitudes individuales. Según los hallazgos de Corrigan (2012) y Thornicroft (2015), la familia no solo actúa como un contexto inicial de socialización, sino que también puede ser un factor determinante en la construcción de actitudes y prejuicios hacia la salud mental. La investigación de Link (2006) y Rüschi (2010) sugiere que, aunque la dimensión familiar puede ofrecer una perspectiva complementaria en el estudio del estigma, este trabajo se centra principalmente en las actitudes y percepciones individuales de los estudiantes de carreras de la salud. Específicamente, se busca analizar cómo las experiencias personales y formativas de los estudiantes influyen en sus percepciones hacia las personas con trastornos mentales. Al centrar la atención en las actitudes individuales, el estudio pretende aportar una comprensión más sensible del estigma presente durante la formación profesional, contribuyendo así a la promoción de prácticas de salud mental más inclusivas y compasivas.

CAPÍTULO 2:
MARCOS REFERENCIALES

2 MARCO REFERENCIAL

En la búsqueda de una comprensión y análisis adecuado del fenómeno presentado, se realiza una revisión de carácter teórico, conceptual y empírico que permitirá brindar un enlace con la temática y los potenciales resultados buscados.

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Teoría del etiquetaje

El sociólogo Thomas Scheff (1929) propuso la teoría del etiquetado de la enfermedad mental. En ella, la aplicación de etiquetas de anormalidad a las personas con diagnóstico psiquiátrico conducía a autopercepciones y estereotipos negativos. De acuerdo con Scheff, los estereotipos se aprenden durante la socialización y se refuerzan a diario. En su teoría, propone que, una vez que la persona con diagnóstico psiquiátrico internaliza el estereotipo puede emerger como un “estatus principal” debido a su naturaleza desacreditadora. Paralelamente, las respuestas uniformes de otros, como la exclusión social, bloquea cualquier intento de retornar a los roles sociales “normales” (Link et al., 1989).

Teoría del etiquetado modificada de Link

Posteriormente, esta teoría fue modificada por Link para destacar que la “devaluación y la discriminación” creadas por la etiqueta, interfieren sobre un amplio rango de áreas vitales, incluyendo el acceso a los recursos sociales, económicos y los sentimientos generales de bienestar (Link et al., 1989). Link describe 5 etapas en el desarrollo del estigma bajo su nueva concepción: la primera etapa se refiere a las creencias de devaluación y discriminación, en que los individuos internalizan las concepciones sociales de lo que significa ser etiquetado como enfermo mental. Esta concepción tiene dos componentes importantes: el grado en que las personas creen que los pacientes mentales se devalúan y hasta qué punto creen que los pacientes serán discriminados; la

segunda etapa establece las concepciones sociales que adquieren relevancia para la persona; en la tercera etapa se presenta la respuesta al etiquetado, lo que supone tres posibles conductas, el secreto para evitar el rechazo social, la retirada o limitación de la interacción social solo hacia quienes saben y tienden a aceptar su condición estigmatizada, y la educación a los demás con la esperanza de disminuir las actitudes negativas hacia ellos; en la cuarta etapa se refiere a las consecuencias del proceso de estigmatización en la vida de los pacientes. Estas pueden ser negativas surgiendo directamente de las propias creencias acerca de las actitudes de la comunidad hacia la persona con un diagnóstico psiquiátrico (etapa 1), o como consecuencia de las actitudes tomadas (etapa 3). Finalmente, en la etapa cinco, las personas que son estigmatizadas resultarán con baja autoestima, con dificultades para relacionarse socialmente o encontrar un trabajo. Estos déficits son considerados como importantes factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología. Por lo tanto, para algunas personas, el etiquetado y la estigmatización pueden producir un estado de vulnerabilidad el cual aumentará la posibilidad de que se presenten episodios recurrentes de esa enfermedad (Link, 1989).

En el 2001, Link y Phelan realizan una crítica centrada fundamentalmente en el enfoque individualista del estigma, que sea centrado en las percepciones de los individuos y las consecuencias de estas, enfocándose principalmente en el procesamiento cognitivo de la información y la discriminación. A partir de su crítica, proponen una reconceptualización del estigma, redefiniéndolo como una correlación que surge de una serie de operaciones articuladas. Estas incluyen: la identificación social de las diferencias humanas y la asignación de etiquetas; la asociación del etiquetado con características indeseables o estereotipos negativos; la separación entre "ellos y nosotros"; el desarrollo de respuestas emocionales como la ira, ansiedad, pena, miedo y vergüenza; y finalmente aparece la devaluación y discriminación que traen como consecuencia la desigualdad, el rechazo y la exclusión. Un aspecto destacado por Link y Phelan (2001), es la idea de

que el estigma también depende del poder social, cultural, económico y político, ya que un grupo de menor poder, por ejemplo, las personas con un diagnóstico de trastorno mental, se puede diferenciar claramente de otro de mayor poder, como los psiquiatras, haciendo la separación entre “ellos y nosotros”.

La teoría del etiquetado y sus posteriores ampliaciones por Link y Phelan han sido fundamentales para comprender cómo las etiquetas sociales y el estigma afectan profundamente la vida de las personas con diagnóstico de trastornos mentales. A su vez esta teoría ha influido en políticas y prácticas destinadas a reducir el estigma y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por estos trastornos.

2.1.2 Teoría de la Categorización Social:

La Teoría de la Categorización Social, desarrollada principalmente por Henri Tajfel y John Turner, es fundamental para comprender el estigma hacia personas con trastornos mentales, especialmente entre estudiantes del área de la salud. Esta teoría nos ayuda entender cómo los individuos categorizan a las personas en diferentes grupos sociales y cómo estas categorizaciones influyen en la percepción y el tratamiento de aquellos con diagnósticos de trastornos mentales (Tajfel y Turner, 1986).

La categorización social es un proceso cognitivo mediante el cual las personas organizan su entorno social en categorías, simplificando y agilizando la percepción de los acontecimientos. Este proceso es esencial para manejar la complejidad del mundo social, permitiendo a los individuos tomar decisiones rápidas y eficientes. En el contexto de los trastornos mentales, esta categorización puede facilitar la identificación rápida de individuos percibidos como diferentes o desviados de la norma, lo que reduce la ansiedad y aumenta la sensación de control (Tajfel y Turner, 1986).

Una función crítica del estigma, según esta teoría, es su capacidad para simplificar y agilizar las percepciones sociales. Las etiquetas y estereotipos permiten a las personas identificar rápidamente a aquellos que consideran peligrosos o perjudiciales, promoviendo conductas de exclusión, evitación o marginación. Estas conductas, aunque protectoras en situaciones de potencial peligro, vinculan el estigma y la discriminación hacia quienes tienen diagnósticos psiquiátricos (Dovidio, Major, y Crocker, 2000).

La teoría también aborda cómo el estigma sirve para mantener las estructuras socioeconómicas existentes, preservando los privilegios del grupo dominante. Los estereotipos y categorizaciones justifican la desigualdad, permitiendo a los grupos dominantes mantener su posición de poder y beneficios en la sociedad (Ashmore y Del Boca, 1981).

El proceso de categorización y estigmatización no solo facilita la exclusión social, sino que también tiene un impacto profundo en la autoestima y el bienestar de las personas estigmatizadas, contribuyendo con la internalización de estereotipos negativos. Esto es particularmente relevante para los estudiantes de áreas de la salud, quienes, al interactuar con personas diagnosticadas con trastornos mentales, pueden perpetuar o desafiar estos estereotipos en su práctica profesional (Tajfel y Turner, 1986).

En este sentido, estudios posteriores han ampliado y validado las proposiciones de la Teoría de la Categorización Social en contextos contemporáneos, demostrando cómo los procesos de categorización no solo contribuyen a la perpetuación de estereotipos negativos y la exclusión social, sino que también afectan las oportunidades de las personas estigmatizadas para acceder a recursos sociales, económicos y a una vida digna (Link y Phelan, 2001; Major y O'Brien, 2005). Así esta teoría refuerza la importancia de que los y las estudiantes del área de la salud, reconozcan y cuestionen

las categorizaciones y estereotipos que pueden influir en su práctica profesional y por ende en la calidad de la atención que brindan.

2.1.3 Teoría de la Identidad Social

La Teoría de la Identidad Social (TIS) ha sido uno de los marcos de mayor influencia en la Psicología Social, desarrollada por Henri Tajfel y John Turner en 1979. Esta teoría ha tenido una influencia considerable en el estudio de la dinámica grupal y las relaciones intergrupales, proporcionando una base sólida para comprender cómo las personas se identifican y se comportan en contextos sociales. La TIS examina cómo la pertenencia a grupos sociales afecta la percepción de uno mismo y la interacción con otros, abordando fenómenos como el favoritismo hacia el grupo propio y la discriminación hacia los grupos externos (Tajfel y Turner, 1979).

En el ámbito de la salud y específicamente en el contexto de la estigmatización de personas con diagnóstico de trastorno mental la TIS es especialmente relevante. Esta teoría explica cómo la identificación con ciertos grupos sociales puede influir en la formación de estereotipos y actitudes discriminatorias. Según la TIS las personas buscan maximizar su autoestima a través de la identificación positiva con grupos socialmente valorados. Esta necesidad de afirmación puede llevar a la estigmatización de aquellos que son percibidos como diferentes o desviados de la norma social, como ocurre frecuentemente con las personas diagnosticadas con trastornos mentales (Tajfel y Turner, 1979).

Los estudios iniciales de Tajfel (1957) sobre la categorización social mostraron que las personas tienden a favorecer a los miembros de su propio grupo sobre los de otros grupos, un fenómeno que aumenta en entornos como el educativo y el de salud, donde las normas y

expectativas sociales influyen en las actitudes hacia los y las usuarios y usuarias con trastornos mentales (Tajfel, 1957).

Por otro lado, la formalización de la Teoría de la Identidad Social (TIS) por Turner y Brown (1978) permitió comprender que la identidad social no solo otorga sentido de pertenencia, sino que también puede ser fuente de exclusión y discriminación, especialmente cuando los grupos sociales se diferencian en términos de estatus o características percibidas. Este fenómeno resulta particularmente relevante en contextos educativos y de salud, donde la diferenciación simbólica entre profesionales y personas con trastornos mentales puede traducirse en prácticas discriminatorias (Tajfel, 1978; Tajfel y Turner, 1979).

En este sentido, la TIS permite entender cómo las dinámicas grupales dentro del ámbito educativo y de la salud pueden influir en las actitudes y comportamientos hacia las personas con diagnósticos de trastornos mentales. La identificación con el grupo profesional de la salud puede llevar a la adopción de estereotipos y prejuicios que afectan la calidad de la atención y el bienestar de los pacientes con trastornos mentales. Este fenómeno perpetúa el estigma dentro de la práctica clínica y educativa lo que refuerza las barreras para una atención efectiva y compasiva (Tajfel y Turner, 1986).

2.1.4 Teoría Sociocognitiva

La Teoría Sociocognitiva, desarrollada por Albert Bandura, da una visión comprensiva para entender cómo los estereotipos, prejuicios y discriminaciones se forman y se perpetúan en la sociedad. Destaca el papel de los procesos cognitivos y sociales en la construcción de las percepciones y actitudes hacia diversos grupos, incluyendo aquellos con diagnósticos de trastornos mentales. Los estereotipos y prejuicios asociados a estos pueden tener consecuencias significativas,

afectando el acceso a oportunidades esenciales para la independencia económica y personal de los afectados (Corrigan, 2002).

Según Corrigan (2001), la sociedad tiende a inferir que una persona tiene un diagnóstico de trastorno mental a partir de la observación de cuatro signos: síntomas psiquiátricos visibles, déficits en habilidades sociales, apariencia física y etiquetas asociadas al diagnóstico.

Estos signos juegan un papel crucial en el proceso de estigmatización, ya que la presencia suele provocar reacciones estigmatizadoras por parte de la sociedad. Esta percepción negativa se traduce en actitudes y comportamientos discriminatorios que pueden tener un impacto profundo en la vida de las personas con trastornos mentales (Corrigan, 2001, pp. 219-225).

El estigma social o público, como se menciona en la Teoría Sociocognitiva, se refiere a las actitudes negativas y la desaprobación que la población general muestra hacia ciertos grupos o características, en este caso, hacia las personas con trastornos mentales.

Corrigan (2001) señala que las personas con discapacidades psiquiátricas enfrentan un mayor nivel de desaprobación social en comparación con aquellas que padecen enfermedades físicas. Esta mayor desaprobación se basa en estereotipos y creencias erróneas sobre la capacidad y el valor de las personas con trastornos mentales, exacerbando la exclusión y la discriminación que enfrentan (Corrigan, 2001).

El estigma también puede presentarse en el entorno familiar, ya sea a través de la percepción social negativa hacia los familiares de una persona con trastorno mental o mediante actitudes estigmatizantes dentro de la misma familia. En ambos casos, estas dinámicas pueden afectar la autoestima del individuo y dificultar su bienestar emocional y social (Muñoz et al., 2009).

Entre sus consecuencias, la estigmatización se asocia con una menor búsqueda de atención médica, un agravamiento de los síntomas depresivos y un aumento del malestar emocional. Además, la baja adherencia al tratamiento y el aislamiento social pueden comprometer seriamente la calidad de vida de las personas con diagnóstico de trastorno mental (Muñoz et al., 2011).

Desde esta perspectiva, la Teoría Sociocognitiva permite comprender cómo se construyen y mantienen los estigmas en distintos espacios, incluyendo el académico y el formativo. En el caso de los estudiantes de salud, estos pueden interiorizar estereotipos y prejuicios que influyen en su percepción de las personas con trastornos mentales y en la manera en que interactúan con ellas. (Corrigan et al., 2014).

Dado que los estudiantes del área de la salud, al igual que la población general, pueden desarrollar y mantener estereotipos sobre las personas con diagnóstico de trastorno mental, su formación adquiere un rol central en la reproducción o cuestionamiento de estas representaciones. La manera en que se abordan los contenidos sobre trastornos mentales en los programas académicos influye en la percepción de la competencia y valoración de quienes los presentan. Si el énfasis recae en los aspectos negativos de estas condiciones, sin un enfoque equilibrado que integre la experiencia de los propios usuarios/as y promueva la empatía, es posible que se refuercen creencias estigmatizantes en los futuros profesionales de la salud (Corrigan et al., 2014).

En este sentido, el aprendizaje en contextos formativos no solo involucra la adquisición de conocimientos técnicos, sino también la construcción de actitudes y respuestas conductuales que pueden impactar las interacciones futuras con personas con trastornos mentales. La Teoría Sociocognitiva permite comprender cómo estos procesos de aprendizaje, mediados por la observación, experiencia e interacción social, contribuyen a la consolidación de estereotipos o, en contraposición, a su cuestionamiento.

2.2 Marco Conceptual

Los trastornos mentales presentan una prevalencia en aumento y generan un impacto significativo en la salud de las personas, así como graves repercusiones socioeconómicas a nivel global (OMS, 2017). Sin embargo, más allá de sus efectos clínicos, las personas con estos diagnósticos enfrentan barreras adicionales derivadas del estigma y la discriminación, lo que limita aún más su acceso a oportunidades y servicios esenciales.

2.2.1 Estigma

La palabra estigma tiene su origen en el latín 'stigma' que, a su vez, proviene del griego 'στίγμα' (stigma). En sus orígenes hacía referencia a una marca que cortaba o marcaba a fuego a los criminales, esclavos o traidores para identificarlos de manera visible como personas manchadas o moralmente contaminadas. Si bien hoy en día ya no utilizamos este tipo de acciones, existen marcas sociales que finalmente terminan en el mismo resultado anterior, la exclusión social (Goffman, 1963).

Según Goffman (2006), el estigma se define como aquellas cualidades de un sujeto que le generan desprestigio y descalificación social. Los procesos de estigmatización surgen desde la discrepancia entre una identidad social virtual, las características que debe tener una persona según las normas culturales, y una identidad social actual referido a los atributos que efectivamente presenta la persona (Mascayano et al., 2015).

El estigma puede entenderse como un complejo proceso social de estereotipación, devaluación y discriminación que incluye componentes cognitivos, emocionales y conductuales. Ocurre en múltiples niveles al mismo tiempo: intrapersonal (auto-estigma), interpersonal (relaciones sociales) y estructural (políticas y legislación discriminatoria) (Knaak, Mantler y Szeto, 2017), lo que provoca sostener diversos mitos y temores acerca de estas personas (Esguerra, 1996).

El estigma no es simplemente una etiqueta o atributo que discrimina a una persona, también es una dinámica, basado en interacciones psicosociales entre dos grupos: los estigmatizados y los estigmatizadores. A través de estas interacciones, se refuerzan una serie de diferencias negativas que llevan a la separación de los grupos en una dicotomía de “ellos/as” y “nosotros/as”, resultando en la pérdida de estatus y a la discriminación del grupo estigmatizado (Corrigan et al., 2014). En otras palabras, el estigma es un proceso compuesto del reconocimiento de una persona como “distinta”, seguido por la activación de creencias negativas y erróneas y, finalmente, la aparición de emociones negativas o conductas discriminatorias hacia dicha persona (Overton y Medina, 2008), lo que deriva en segregación, discriminación y asimetría de poder.

2.2.2 Tipología del Estigma

Corrigan y Watson (2002) mencionan que el impacto del estigma es doble. Por una parte, el tiene consecuencias negativas para la persona que es objeto de estigmatización. Esto incluye la discriminación, estereotipos negativos y los prejuicios que enfrentan en diferentes áreas de su vida, como el empleo, vivienda, relaciones sociales y el acceso a la atención médica. Estas actitudes y comportamientos limitan las oportunidades y deterioran la calidad de vida de las personas afectadas por el estigma (Corrigan y Watson, 2002).

Por otra parte, el estigma también tiene un impacto en la sociedad en general. Fomenta la exclusión social, segregación y desigualdad. Al reforzar estereotipos negativos y prejuicios, la sociedad puede limitar la participación activa y plena de las personas estigmatizadas en diferentes ámbitos de la vida social, vinculando barreras que dificultan su integración y acceso a oportunidades (Corrigan y Watson, 2002).

Los autores proponen dos grandes categorías del estigma, primero el **“Estigma público”** que se refiere a la percepción negativa que la sociedad tiene sobre las personas con trastornos

mentales. Esta categoría se manifiesta en actitudes y comportamientos discriminatorios que fomentan la exclusión social y el rechazo (Corrigan y Watson, 2002). En segundo lugar, el **“Estigma Internalizado o Autoestigma”** hace referencia al prejuicio que las personas con trastornos mentales interiorizan al adoptar las creencias negativas de la sociedad hacia sí mismas. Este proceso implica que las actitudes negativas se asumen como propias, lo que puede afectar su autoestima y bienestar emocional, así como su capacidad para buscar ayuda (Corrigan y Watson, 2002; Corrigan et al., 2014).

Ambos tipos de estigma están estrechamente vinculados con los procesos de estereotipos, prejuicios y discriminación, los cuales interactúan y se refuerzan mutuamente, perpetuando el estigma en la sociedad (Corrigan, 2022).

Además de las dos principales categorías de Corrigan y Watson (2002), otros autores han identificado nuevas tipologías de estigma, como el **“Estigma Estructural o Institucional”** definido tanto por Thornicroft et al. (2007) como por Link y Phelan (2001), este tipo de estigma se refiere a las políticas, normas y prácticas institucionales que sistemáticamente limitan los derechos y oportunidades de las personas con trastornos mentales. A diferencia del estigma interpersonal, que se basa en las actitudes y comportamientos de los individuos, el estigma estructural está arraigado en las estructuras sociales y políticas que sostienen la desigualdad. Esto incluye la falta de financiamiento adecuado para programas de salud mental, la discriminación en el lugar de trabajo y la exclusión de beneficios sociales. Al estar profundamente integrado en los sistemas, es más difícil de identificar y combatir. Un ejemplo claro es el acceso desigual a servicios de salud mental, donde las políticas y las prácticas institucionales refuerzan la exclusión de ciertos grupos (Link y Phelan, 2001; Thornicroft et al., 2007).

Otro tipo es el ***“Estigma por Asociación”***, introducido por Goffman (1963). Este afecta a las personas que, sin tener un trastorno mental, están cercanas a quienes sí lo padecen, como familiares, amigos o profesionales de salud mental. Estas personas pueden ser vistas de manera negativa o discriminadas debido a su vínculo con alguien que sufre un trastorno mental, lo que genera una "culpa por asociación" y añade un nivel de complejidad emocional y social a sus relaciones. Más recientemente, el concepto de estigma asociativo ha sido utilizado por autores como Ben Natan et al. (2015) y Yanos et al. (2017), quienes se centran en cómo este tipo de estigma afecta principalmente a los profesionales de la salud mental o cuidadores informales que trabajan con personas con trastornos mentales. Estos profesionales pueden ser estigmatizados debido a su contacto con personas estigmatizadas, lo que refuerza la idea de que la asociación con grupos marginados puede acarrear prejuicio y discriminación.

Finalmente, Link y Phelan (2001) proponen el concepto de ***“Estigma Percibido”***, que se refiere a la percepción o creencia de una persona de que será estigmatizada o discriminada, aunque no haya experimentado este tipo de rechazo de manera directa. Esta expectativa puede generar ansiedad, afectando tanto la forma en que las personas se comportan como la disposición a buscar ayuda o tratamiento, vinculando así el aislamiento y la invisibilidad de quienes padecen trastornos mentales.

Estigma en el contexto de los estudiantes de salud

Estudiar el estigma en estudiantes de carreras de la salud resulta esencial, ya que están en proceso de formación para convertirse en profesionales que trabajarán directamente con personas con trastornos mentales. Sin embargo, diversos estudios han señalado que estos estudiantes pueden presentar actitudes y creencias estigmatizantes incluso antes de tener contacto directo con pacientes, replicando prejuicios comunes en la población general (Navarro et al., 2019; Corrigan et

al., 2007; Lawrence y Kisely, 2010). Esta predisposición puede influir de manera negativa en la calidad del cuidado que brindan y en la forma en que interactúan con sus futuros pacientes.

Esta situación evidencia la necesidad de abordar el estigma desde las etapas iniciales de la formación profesional, promoviendo una educación que incluya estrategias de sensibilización y desmitificación de los trastornos mentales. Para ello, no basta con una aproximación teórica; la incorporación de experiencias reales de contacto con personas diagnosticadas ha demostrado ser una herramienta eficaz para reducir prejuicios y fomentar una comprensión más empática (Livingston y Boyd, 2010).

Asimismo, las distintas tipologías del estigma permiten comprender cómo este fenómeno puede manifestarse en múltiples niveles dentro del entorno académico. En el caso de los estudiantes, estas formas de estigma interactúan entre sí: pueden reproducir estigma público mediante estereotipos sociales, vivir estigma percibido al temer ser juzgados si expresan malestar, o experimentar estigma estructural como resultado de vacíos en la formación institucional sobre salud mental. Reconocer estas dimensiones es clave para interpretar adecuadamente los hallazgos del presente estudio.

Estigma y diagnósticos de trastorno mental

Se ha observado que ciertos trastornos mentales generan un mayor estigma que otros. Por ejemplo, los trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, tienden a ser más estigmatizados en comparación con los trastornos del estado de ánimo, como la depresión o la ansiedad (Granello y Wheaton, 2001). Esta diferencia podría explicarse, en parte, por la mayor prevalencia de los trastornos del estado de ánimo, lo que lleva a una mayor aceptación social y una menor percepción de amenaza o incomodidad. En contraste, los trastornos psicóticos son menos comunes y presentan

características más complejas y difíciles de entender para la sociedad, lo que contribuye a la persistencia de actitudes de rechazo hacia quienes los padecen.

El estigma asociado a los trastornos mentales no es homogéneo. A medida que se aumenta la gravedad del trastorno y su impacto en la vida de la persona, también lo hace el grado de estigmatización. Así, los trastornos más comunes, como la ansiedad o la depresión, suelen ser percibidos como más cercanos y susceptibles de ser experimentados por cualquier persona en algún momento de su vida. En cambio, los trastornos graves, como la esquizofrenia, que afectan de manera significativa la funcionalidad y la calidad de vida, suelen ser percibidos con mayor temor y rechazo (López et al., 2008; Crisp, 2001).

Este gradiente en las actitudes hacia los trastornos mentales refleja cómo las creencias sociales y culturales sobre la salud mental pueden diferir según la naturaleza y la percepción de la enfermedad. El estigma varía según la comprensión de la enfermedad, la visibilidad de los síntomas y el grado en que los trastornos afectan la vida cotidiana de las personas.

Este fenómeno resalta la importancia de sensibilizar a los estudiantes de las carreras de la salud sobre la variedad de trastornos mentales y el impacto que los prejuicios y estigmas pueden tener en la relación profesional-paciente. De esta manera, no solo se pretende mejorar la calidad de la atención, sino también promover una mayor empatía y comprensión hacia las personas que sufren de trastornos mentales, independientemente de su naturaleza o gravedad.

2.3 Marco Empírico

A partir de una revisión de la literatura disponible, se han seleccionado algunos estudios relevantes que guardan relación directa con el tema de investigación. Estos estudios han sido elegidos por su pertinencia y su capacidad para aportar una base sólida de evidencia empírica que

permite contextualizar y enriquecer el análisis sobre el estigma hacia las personas con trastornos mentales, particularmente en el contexto de los estudiantes de carreras de la salud.

Este estudio fue realizado por Wahl et al. (2012) denominado ***“Conocimientos y actitudes sobre las enfermedades mentales: una encuesta entre estudiantes de secundaria”***¹ tuvo como objetivo aumentar la comprensión de las opiniones de los jóvenes sobre las enfermedades mentales mediante el desarrollo y la administración de medidas de conocimiento y actitudes de los estudiantes de secundaria hacia estas enfermedades. Este estudio es de tipo cuantitativo y se desarrollaron y probaron cuestionarios de autoinforme sobre conocimientos, actitudes y distancia social relacionados con las enfermedades mentales para crear una herramienta de evaluación apropiada para una muestra juvenil. Las medidas se administraron a 193 estudiantes de cuatro escuelas intermedias en diferentes partes de Estados Unidos entre noviembre de 2008 y abril de 2009. Como resultados, se obtuvo que el conocimiento de los estudiantes sobre las enfermedades mentales era inconsistente, aunque se evidenciaron algunos conocimientos, particularmente en relación con los síntomas de trastornos específicos. Las actitudes hacia las personas con una enfermedad mental fueron, en general, positivas, pero un gran número de estudiantes mostraba actitudes menos favorables. Las puntuaciones de distancia social revelaron una considerable renuencia a interactuar estrechamente con una persona con una enfermedad mental. La mayoría (65%) de los estudiantes no estaban seguros de si las enfermedades mentales tenían una causa biológica y el 37% creía que los medicamentos para tratar estas enfermedades eran útiles. Todo esto sugiere que las actitudes hacia las personas con enfermedades mentales pueden ser más favorables entre los estudiantes que entre los adultos; sin embargo, el estigma persiste como un problema para la próxima generación de ciudadanos, y es probable que los jóvenes con una

¹ Otto Wahl, Ph.D., Janet Susin, M.A., Amy Lax, B.A., Lorraine Kaplan, M.A., and Dayna Zatina, Psy.D. Published Online:1 Jul 2012 <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100358>

enfermedad mental experimenten incomprensión y exclusión por parte de sus pares. Por lo tanto, es necesario educar a los niños, niñas y adolescentes sobre trastornos específicos y promover la aceptación de personas con enfermedades mentales.

Continuando con esta línea de investigación, también en el 2012, Gilaberte et al. Estudiaron las ***“Actitud de los alumnos de quinto de medicina hacia la salud mental”***², cuyo objetivo fue investigar la actitud hacia la enfermedad mental y la psiquiatría en una muestra de 27 estudiantes de la asignatura de psiquiatría en el grado de medicina de la Universidad San Pablo-CEU, Madrid, España. Este estudio, también de tipo cuantitativo, utilizó una encuesta estructurada, voluntaria y anónima, que incluía un cuestionario sobre el nivel de familiaridad hacia la enfermedad mental, el cuestionario de actitud hacia la enfermedad mental (AMI) y un cuestionario adaptado de Balon sobre la actitud hacia la psiquiatría. Los resultados revelaron que el estigma social que persiste hacia la enfermedad mental puede estar presente en los estudiantes de medicina e impactar en su percepción de esta y de la psiquiatría como especialidad. Un total de 22 alumnos respondió la encuesta (72,7% mujeres), y estos estudiantes presentaron una alta familiaridad con la enfermedad mental (puntuación media: 7,27; máximo: 11). El 81,8% reportó una actitud positiva hacia la enfermedad mental según la escala AMI. Las puntuaciones de la escala de Balon también mostraron un alto nivel de acuerdo en los méritos globales de la psiquiatría y en su eficacia. Las respuestas sobre el rol y la función del psiquiatra y sobre la carrera profesional no revelaron una postura negativa. No se encontró relación entre la familiaridad y la actitud hacia la enfermedad mental o la psiquiatría. En esta muestra no se evidencia la existencia de estigma hacia la enfermedad mental o

² Gilaberte, Inmaculada, Failde, Inmaculada, Salazar, Alejandro, & Caballero, Luis. (2012). Actitud de los alumnos de quinto de medicina hacia la salud mental. *Educación Médica*, 15(4), 227-233. Recuperado en 04 de agosto de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000400009&lng=es&tlng=es

la psiquiatría. Los autores sugieren que son necesarios estudios posteriores en muestras más amplias y evaluaciones de la enseñanza de la psiquiatría para profundizar en este tema.

Siguiendo esta línea, Vidourek y Burbage en el 2019 desarrollan su estudio **“Salud mental positiva y estigma de la salud mental: un estudio cualitativo que evalúa las actitudes de los estudiantes”**³, el cual está orientado a investigar la salud mental positiva y el estigma de la salud mental entre estudiantes universitarios. Utilizaron un enfoque cualitativo, con entrevistas estructuradas a un total de 23 estudiantes Universitarios de la ciudad de EE.UU. Entre sus hallazgos principales encontraron conceptos claves relacionados con la salud mental positiva, como mantenerse mentalmente sanos, la importancia de la educación y conciencia, beneficios y barreras del tratamiento. Un hallazgo significativo fue el reconocimiento del estigma como un obstáculo importante para buscar tratamiento, lo que marca la necesidad de educación y concientización para promover un entorno más comprensivo. Los autores concluyen que estos hallazgos pueden ser útiles para que los profesionales de la salud mental mejoren la conciencia y aumenten las tasas de búsqueda de tratamiento entre los estudiantes, incorporando estos temas en programas de prevención e intervención.

De manera complementaria, también en el 2019, Medina-Mesa et al. llevaron a cabo un estudio titulado **“La influencia de la formación en las actitudes hacia las personas con trastorno mental en una muestra de estudiantes universitarios”**⁴. Se orienta a conocer si la formación durante la carrera modifica las actitudes hacia personas con trastornos mentales en futuros profesionales de Ciencias de la Salud y de Ciencias Sociales y Jurídicas. Se administró el cuestionario

³ Vidourek, R. A., & Burbage, M. (2019). Positive mental health and mental health stigma: A qualitative study assessing student attitudes. *Mental Health and Prevention*, volumen 13, pages 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.11.006>

⁴ Medina-Mesa, Y., Cruces-Montes, S. J., Merchán-Clavellino, A., Romero-Moreno, A. F., & Guil-Bozal, R. (2019). La influencia de la formación en las actitudes hacia las personas con trastorno mental en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 5(1), 309–320. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v5.1602>

“Opiniones sobre la enfermedad mental” (Ozamiz, 1980) a 820 estudiantes (70,37% mujeres y 29,63% hombres) de las diversas carreras señaladas. La escala proporciona información sobre la actitud general y cinco subdimensiones (Negativismo, Etiología social, Autoritarismo, Restrictividad y Prejuicio), mostrando una fiabilidad superior a 7 en Negativismo y Etiología Social. Los resultados indican que los estudiantes de último curso tanto de Ciencias de la Salud como de Ciencias Sociales y Jurídicas exhiben actitudes más positivas, con menores niveles de negativismo y mayor tolerancia hacia las personas con trastornos mentales, en comparación con los de primer año. Además, los estudiantes de primer año de Ciencias de la Salud presentan actitudes más positivas que sus pares de Ciencias Sociales y Jurídicas, sugiriendo una posible influencia vocacional en elección de carreras en el área de la salud.

A su vez, en el estudio cuantitativo realizado en Colombia, Ceballos et al. (2020) investigaron **“El estigma y la discriminación hacia personas con trastornos mentales en estudiantes de medicina”**⁵ de dos universidades en Santa Marta. Utilizando el Mental Health Knowledge Schedule (MAKS), encontraron que el 22.6% de los estudiantes presentaba un alto nivel de estigma-discriminación. Aunque no se halló una relación significativa entre variables demográficas y la presencia de estigma, el estudio reveló que uno de cada cinco estudiantes de medicina mantiene actitudes estigmatizantes hacia los trastornos mentales, subrayando la importancia de abordar este problema en la formación médica. Los trastornos mentales explican los años perdidos de vida saludable en el contexto mundial y, en Colombia, son un motivo frecuente de consulta médica. Las actitudes negativas hacia las personas que reúnen criterios para trastornos mentales se relacionan con conceptos de estigma, estereotipo, prejuicio y discriminación, recientemente conceptualizados como complejo estigma-discriminación (CED). Dado que los profesionales en medicina reciben a los

⁵ Estigma-discriminación hacia personas con trastornos mentales en estudiantes de medicina. (2020). *Tesis Psicológica*, 15(2), 238-251. <https://doi.org/10.37511/tesis.v15n2a13>

pacientes con trastornos mentales en los primeros niveles de atención y conforman equipos interdisciplinarios en unidades de salud mental, es crucial estudiar el estigma-discriminación en los médicos en formación.

Finalmente, en el 2021, Martínez, Lagunes y Rosas desarrollaron un estudio cuantitativo ***“Estigma hacia pacientes psiquiátricos en estudiantes mexicanos de psicología”***⁶, el objetivo de este fue analizar el estigma hacia las personas con enfermedad mental entre estudiantes de psicología, para determinar si los conocimientos y actitudes de los estudiantes son predictores de conductas estigmatizantes. La muestra estuvo compuesta por 864 estudiantes universitarios mexicanos de tres entidades federativas, con una edad promedio de 21.4 años, de los cuales el 72.5% fueron mujeres. El estudio contó con la aprobación de un Comité de Ética y los datos se recabaron en las instituciones donde estudiaban los participantes. Se utilizaron tres cuestionarios adaptados al español: la Escala de Conocimiento de la Salud Mental (MAKS), la Escala de Actitudes de los Médicos (MICA) y la Escala de Comportamiento Informado e Intencionado (RIBS). Los resultados revelaron que los estudiantes de semestres superiores y con mayor edad tenían actitudes más favorables hacia las personas con trastornos mentales, mientras que el conocimiento, las actitudes y la experiencia de convivencia con pacientes psiquiátricos fueron predictores de conductas menos discriminatorias. Los autores subrayan la importancia de estos hallazgos en la formación de futuros psicólogos, destacando que una mayor exposición y formación específica en salud mental puede contribuir a reducir el estigma y mejorar la calidad de la atención que brindarán en su práctica profesional.

⁶ Martínez Castillo, A., Lagunes Córdoba, R., & Rosas Santiago, F. (2021). Estigma hacia pacientes psiquiátricos en estudiantes mexicanos de psicología. *Revista De Psicología De La Universidad Autónoma Del Estado De México*, 10(20), 103-131. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v10i20.16712>

CAPÍTULO 3:

PREGUNTA – OBJETIVOS - SUPUESTOS

3 PREGUNTA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo General

Explorar los conocimientos, actitudes y respuestas conductuales de estudiantes de la salud hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental.

3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar ideas y creencias que tienen los estudiantes de carreras de la salud hacia las personas que presentan diagnósticos de trastorno mental.
2. Identificar los prejuicios que tienen los estudiantes de carreras de la salud hacia las personas que presentan diagnósticos de trastorno mental.
3. Identificar actitudes discriminatorias que tienen los estudiantes de carreras de la salud hacia las personas que presentan diagnósticos de trastorno mental.
4. Describir las experiencias previas de los estudiantes de salud en relación al contacto y cercanía con persona con diagnóstico de trastorno mental, y explorar cómo estas experiencias han influido en sus actitudes y creencias.
5. Describir las experiencias que reconocen los estudiantes en su proceso de formación profesional y que tienen los estudiantes de salud hacia las personas que presentan un diagnóstico de trastorno mental en relación al estigma.
6. Investigar la influencia de las experiencias familiares en las percepciones y actitudes de los estudiantes de salud hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental.

3.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y respuestas conductuales predominantes de estudiantes de la salud hacia personas con diagnósticos de trastorno mental y cómo influyen en sus aprendizajes para sus futuras interacciones y tratamientos hacia estas personas?

3.4 Supuestos de investigación

1. Los estudiantes de carreras de la salud tienen creencias y prejuicios que afectan su percepción de las personas con trastornos mentales, influenciados por su formación académica y experiencias previas.
2. Las experiencias previas de contacto con personas con diagnóstico de trastorno mental influyen de manera significativa en las actitudes y creencias de los estudiantes, generando tanto empatía como estigmatización.
3. La formación académica de los estudiantes de salud aborda de manera insuficiente el estigma relacionado con los trastornos mentales, contribuyendo a actitudes discriminatorias y puede limitar la comprensión y empatía hacia esta población.
4. Las experiencias familiares de los estudiantes influyen en sus percepciones y actitudes hacia las personas con trastornos mentales, creando una actitud que puede ser tanto positiva como negativa.

CAPÍTULO 4:
METODOLOGÍA

4 METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio.

La presente investigación se basó en una metodología **cualitativa de corte transversal**, con **enfoque fenomenográfico**. Este permite explorar en profundidad las experiencias, percepciones y comprensiones de los participantes respecto a un fenómeno determinado, facilitando la identificación de patrones y significados dentro de los discursos (Hernández et al., 2014).

La fenomenografía busca identificar las distintas formas en que las personas experimentan y comprenden un fenómeno (Marton, 1981, citado en Hernández et al., 2014). Este enfoque es especialmente útil para analizar cómo los estudiantes de las carreras de la salud interpretan y responden al estigma asociado con los trastornos mentales, considerando que sus percepciones pueden estar influenciadas por factores como su formación académica, experiencias clínicas y creencias previas. Según Marton y Booth (1997), la fenomenografía permite reconocer variaciones en la manera en que los individuos conceptualizan una misma realidad, proporcionando una visión estructurada de estas diferencias, lo que permitirá comprender las formas en que los futuros profesionales de la salud construyen sus actitudes hacia el estigma, lo que contribuye a una mejor comprensión de los factores que inciden en su percepción sobre las personas con trastornos mentales.

4.2 Diseño

El diseño de la investigación es **descriptivo y relacional**, dado que busca documentar y analizar cómo los estudiantes de carreras de la salud comprenden el estigma hacia las personas con trastornos mentales, así como identificar posibles variaciones en estas concepciones según factores personales o académicos. Según Hernández, et al., 2014, los estudios descriptivos permiten obtener

información detallada sobre un fenómeno sin intervenir en sus variables, mientras que los estudios relacionales exploran conexiones entre distintos elementos sin establecer causalidad.

La naturaleza transversal del estudio implica que la recolección de datos se llevará a cabo en un único momento temporal, lo que posibilita una captura precisa de las percepciones y actitudes en un punto determinado del proceso formativo de los estudiantes. Este diseño se sustenta en el objetivo de la investigación, que es analizar las concepciones del estigma en una población específica sin modificar su entorno ni intervenir en los factores que influyen en sus percepciones (Hernández Sampieri et al., 2014).

4.3 Población de estudio

La muestra final estuvo compuesta por 28 estudiantes de pregrado de segundo y cuarto año de seis carreras del área de la salud. Esta cifra fue el resultado de un proceso de selección no probabilístico por conveniencia, combinando muestreo en cadena o bola de nieve, lo cual facilitó el acceso a participantes que cumplían con los criterios de inclusión y permitieron ampliar la muestra mediante recomendaciones de nuevos estudiantes (Hernández et al., 2014).

Aunque se realizaron múltiples estrategias de convocatoria, se identificó una baja respuesta desde algunas carreras, lo que limitó su representación en la muestra. No obstante, el número total de entrevistas realizadas y la participación de estudiantes de distintas carreras con enfoques formativos diversos como, el biomédico, psicosocial y clínico-funcional, permitió alcanzar una variabilidad discursiva suficiente, dando cumplimiento a los objetivos del estudio y garantizando la profundidad analítica esperada para este tipo de diseño cualitativo.

Tabla 1:

Conformación de la población de estudio.

CARRERA	CANTIDAD
Trabajo Social	10
Psicología	4
Medicina	5
Obstetricia	4
Kinesiología	4
Enfermería	1
Total	28

Fuente: Elaboración propia.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

A continuación, se presentan los criterios de inclusión y exclusión que guiaron la selección de los y las participantes de este estudio. Estos criterios fueron definidos considerando características del fenómeno, garantizando la coherencia metodológica y el rigor en la selección de la muestra.

Tabla 2:

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:	Criterios de exclusión:
-Ser estudiante de 2do o 4to año de las carreras de: Trabajo Social, Psicología, Medicina, Obstetricia, Kinesiología y Enfermería, pues la generación correspondiente a tercero y quinto del 2023 tuvieron talleres sobre el estigma.	- Que haya participado de talleres o experiencias relacionadas con la reducción del estigma. - Ser estudiante de tercer o quinto año (2023) de las carreras de: Trabajo Social, Psicología, Medicina, Obstetricia y Kinesiología, Enfermería, pues la generación

<p>-Que los estudiantes hayan confirmado su deseo de participar voluntariamente en el estudio.</p> <p>- Firma del consentimiento informado.</p>	<p>correspondiente a tercero y quinto del 2023 tuvieron talleres sobre el estigma.</p>
---	--

Fuente: Elaboración propia.

4.5 Unidad de Análisis y Unidad de Observación.

La unidad de observación estuvo constituida por estudiantes universitarios/as de pregrado, mientras que la unidad de análisis se enfocó en los discursos construidos a partir de sus experiencias, percepciones y actitudes sobre al estigma hacia personas con trastorno mental.

4.6 Contexto Institucional

Esta investigación se encuentra enmarcado en el proyecto de investigación “Exploración del estigma en estudiantes de la salud hacia personas con diagnostico psiquiátrico. Un estudio cualitativo multicéntrico” donde se encuentran trabajando investigadores de las Universidades de Concepción, Chile; Universidad de Málaga, España; Universidad Central del Ecuador, Ecuador y Universidad del Valle, Colombia.

4.7 Delimitación espacial y temporal de la investigación

La presente investigación se desarrolló en la Universidad de Concepción, ubicada en la Región del Biobío, comuna de Concepción, Chile. Participaron estudiantes de seis carreras del área de la salud: Trabajo Social, Psicología, Medicina, Obstetricia, Kinesiología y Enfermería.

En cuanto a la delimitación temporal, el trabajo de campo se llevó a cabo entre enero y julio del año 2024, período durante el cual se realizaron las 28 entrevistas individuales a estudiantes de

segundo y cuarto año, tanto de manera presencial como virtual a través de la plataforma institucional Microsoft Teams.

Esta delimitación permitió captar las percepciones de los y las estudiantes en una etapa específica de su formación académica, caracterizada por un tránsito formativo relevante en el desarrollo de actitudes y conocimientos sobre salud mental.

4.8 Técnicas e Instrumento

Se utilizó como técnica principal la entrevista individual semiestructurada, orientada por un guion temático desarrollado en el marco del proyecto internacional “Exploración del estigma en estudiantes de la salud hacia personas con diagnóstico psiquiátrico” y que parte con una presentación (Anexo 1). La pauta fue construida colaborativamente con investigadores/as de universidades de Chile, España, Ecuador y Colombia.

Se utilizó un guion temático de preguntas (Anexo 2) para el desarrollo de la entrevista individual semiestructurada la cual, según Hernández et., al (2014) es una técnica de recolección de datos que combina elementos de entrevistas estructuradas y no estructuradas, permitiendo obtener información importante y a la vez mantiene un enfoque en temas específicos.

El instrumento de recolección de la información comprende dos apartados:

- 1) Un primer apartado que incorpora información a) sociodemográfica b) académica y c) contacto previo con personas que presentan un diagnóstico de trastorno mental.
 - a) Los datos sociodemográficos incluyen: edad y sexo. Convivencia o contacto con personas con diagnóstico de trastorno mental. (Anexo 6)
 - b) información académica: carrera que cursa, semestre de la carrera en el cual se encuentra cursando. (Anexo 6)

- 2) El segundo apartado contempla un guion temático de preguntas para el desarrollo de la entrevista individual semiestructurada. Este guion fue desarrollado por el equipo de docentes y estudiantes pertenecientes al proyecto “Exploración del estigma en estudiantes de la salud hacia personas con diagnóstico psiquiátrico. Un estudio cualitativo multicéntrico”.

4.9 Trabajo de Campo.

Las entrevistas fueron coordinadas por la investigadora principal. La difusión se realizó vía correo electrónico institucional, mensajería Teams, WhatsApp y contacto directo. En algunos casos, los centros de estudiantes y delegados facilitaron el acercamiento a posibles participantes. Las entrevistas se llevaron a cabo de manera presencial y online (plataforma Teams) según disponibilidad horaria de los participantes. Se obtuvo previamente el consentimiento informado y se garantizó el anonimato de cada informante.

Se realizaron 28 entrevistas con una duración promedio de 46 minutos, siendo la más breve de 22 minutos y la más extensa de 1 hora y 47 minutos. (Anexo 4: Resumen Trabajo de Campo.)

Durante el trabajo de campo se utilizaron los siguientes documentos:

- Pauta de Entrevista, presentación (Anexo 1)
- Guion Temático de preguntas (Anexo 2)
- Consentimiento Informado (Anexo 3): Formulario de consentimiento que protege a las partes involucradas en la entrevista. Resguardo del anonimato del informante que se considera durante todo el proceso de este estudio y acta de consentimiento informado (Anexo 4).
- Ficha de Control de Calidad (Anexo 5): Cuadro informativo que fue completado inmediatamente luego de la realización de la entrevista para tener un control de los

informantes y contemplar las observaciones a la pauta de entrevista y algunas implicancias relevantes para el análisis.

4.10 Malla temática o de coherencia metodológica

Se estructuró una malla de coherencia metodológica o temática (Anexo 7) que vincula los objetivos específicos con categorías, subcategorías y códigos utilizados en el análisis cualitativo, lo cual permitió una lectura sistemática de los hallazgos.

4.11 Consideraciones éticas

La investigación fue presentada al Comité de Ética del Programa de Magister en Intervención Familiar del Departamento de Trabajo Social. Para esto es necesario seguir los siguientes pasos:

- Consentimiento Informado.
- Voluntariedad.
- Anonimato.
- Resguardo de los datos.
- Firma conocimiento y aceptación.

Es así también que esta investigación se enmarca en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) que es un conjunto de principios éticos que guían la investigación médica en seres humanos. En línea con estos principios, nuestro estudio se propone explorar el estigma en relación con los trastornos mentales con un enfoque en la ética y el respeto a la dignidad de los participantes. A lo largo de esta investigación, nos comprometemos a aplicar rigurosamente los principios éticos de la Declaración de Helsinki para garantizar la integridad de nuestro trabajo y proteger los derechos de quienes participen en él.

Primero, se obtendrá el consentimiento informado de todos y todas los y las participantes, proporcionándoles información detallada sobre el propósito de la investigación, procedimientos, riesgos y beneficios, así como su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas. Además, esta investigación se enfoca en beneficencia y no maleficencia, asegurando que los posibles beneficios para la sociedad superen cualquier daño potencial a los participantes y minimizando el estrés o estigma asociado a su participación. La selección de participantes se realizó de manera justa y equitativa, evitando la discriminación y garantizando la imparcialidad. La confidencialidad de los datos de los participantes está asegurada mediante el uso de códigos en lugar de nombres reales y un almacenamiento seguro.

La investigación se llevó a cabo en un contexto de profundo respeto por la dignidad humana, con una evaluación continua de riesgos y beneficios a lo largo de la investigación para ajustarla si es necesario, y con un compromiso con la publicación ética de los hallazgos.

4.12 Plan De Análisis Cualitativo

Una vez completadas las entrevistas y recopilados todos los datos, se revisan las grabaciones de audio obtenidas en Team, para luego proceder a la realización de la transcripción textual con norma Jefferson (Jefferson, 2004), ampliamente utilizada para registrar con precisión detalles conversacionales como pausas, superposiciones, y énfasis verbales. Esto fue realizado por un profesional para mantener la imparcialidad a la hora del análisis de los datos dándole mayor confiabilidad al proceso.

Se realizó un análisis de contenido que permitió identificar y comprender las percepciones que tienen los estudiantes de carreras relacionadas con la salud hacia las personas con diagnósticos de trastorno mental. Este análisis tiene como objetivo destacar la relevancia de las experiencias vividas por los participantes, descubrir hallazgos sobre nuevos desafíos para la disciplina y explorar

respuestas que podrían influir en las prácticas profesionales. Además, se espera que los resultados contribuyan a la actualización de la formación disciplinar, promoviendo una mayor sensibilidad y comprensión hacia las personas con trastornos mentales.

En relación a lo anterior, y según lo planteado por Taylor y Bodgan (1987) hay tres etapas para realizar este proceso:

1. Descubrimiento, se irán identificando temas y desarrollando conceptos e ideas. Para ello se dará una lectura rápida, se buscarán temas emergentes, elaboración de tipologías, se desarrollarán conceptos teóricos, y se revisará bibliografía.
2. Clasificación/Codificación, se sistematizará los datos, dando una comprensión a la temática, para ello se desarrollarán categorías, se codificará, separarán datos por categoría y se refinará el análisis.
3. Relativizar los datos, se buscarán diferencias entre los hallazgos y se determinará las relaciones entre los datos teóricos, los entregados por los estudiantes participantes y los propios supuestos como investigadora.

Para llevar a cabo este proceso, en primera instancia se transcribieron las entrevistas con norma Jefferson para luego dar paso al análisis con el programa (software) Atlas.ti versión 9 (Scientific Software Development GmbH. 2021) cuyas funciones flexibles permiten una descomposición del contenido en diversos temas que resultan beneficiosos para la elaboración de códigos.

4.13 Criterios de calidad y rigor metodológico

En el marco de la investigación cualitativa, es fundamental asegurar la integridad, transparencia y rigor metodológico para garantizar la validez y fiabilidad de los resultados. Estos

principios son especialmente relevantes en estudios que exploran fenómenos complejos como el estigma hacia personas con trastornos mentales entre estudiantes de la salud.

La **credibilidad** de la investigación se garantiza a través de la transparencia en la interpretación de los datos y la consideración de todos los resultados, incluso aquellos que puedan desafiar las creencias del investigador. La Carta de Singapur subraya la importancia de la honestidad en la presentación de los hallazgos, asegurando que todos los aspectos relevantes del estudio sean reportados de manera precisa y completa (World Conference on Research Integrity, 2010).

La **transferibilidad** de los resultados, que permite su aplicación en otros contextos, se logra mediante una descripción detallada del contexto y las características de los participantes. Este enfoque está alineado con el principio de comunicación precisa y clara, que facilita la aplicabilidad de los hallazgos de la investigación en diferentes entornos (World Conference on Research Integrity, 2010).

Para asegurar la **dependencia**, la investigación incorporó la triangulación de fuentes y la supervisión constante del proceso, lo que refleja el compromiso con el rigor metodológico y la supervisión por pares. Este proceso fortalece la confiabilidad de los resultados y garantiza que los métodos utilizados sean sólidos y apropiados (World Conference on Research Integrity, 2010).

La **confirmabilidad** de los resultados se aseguró mediante la revisión y validación de los hallazgos por parte de una comisión evaluadora, promoviendo la transparencia y la integridad en la investigación. Este criterio busca minimizar los sesgos del investigador y asegurar que los resultados emergen de los datos, y no de supuestos.

Además, se considera la **Autenticidad**, que procuro representar de forma justa y equilibrada la diversidad de voces y perspectivas recogidas, sin invisibilizar discursos contradictorios o minoritarios.

Finalmente, se integró la **Reflexividad** como práctica constante durante el proceso investigativo, permitiendo reconocer la influencia de sus propias creencias, trayectorias y posicionamiento en la construcción del conocimiento (Verd y Lozares, 2016)

CAPÍTULO 5:
ANÁLISIS Y RESULTADOS

5 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS

El proceso de análisis se estructuró en varias etapas. Primero, se reconoció el proceso de codificación, donde se identificaron y etiquetaron las unidades de significado relevantes en las transcripciones de las entrevistas. Luego, se desarrolló una malla temática, organizando los códigos en categorías y subcategorías para captar las percepciones de los estudiantes sobre las personas con diagnóstico de trastorno mental. Finalmente, se presentaron los resultados por áreas, objetivos o temas, permitiendo una comprensión profunda y contextualizada de las actitudes y creencias de los futuros profesionales de la salud.

5.1 Proceso de Codificación

Para el proceso de codificación, se realizó un ejercicio de análisis del contenido preliminar de las entrevistas, recogiendo la información de las 28 entrevistas, en esta etapa se aplicó la lógica inductiva para identificar y proponer diferentes códigos emergentes.

Luego de reconocer estos códigos se procede a la identificación, a medida que avanzaba el análisis preliminar, se identificaron un total de 28 códigos emergentes. Estos códigos se agruparon en categorías que están relacionadas con los objetivos específicos de la investigación.

Se elaboró una malla temática (Anexo 7) que sirve de guía para el análisis y sus respectivos significados. Esta herramienta facilita tanto la interpretación como la evaluación de los resultados obtenidos en la investigación.

Este proceso de codificación asegura la coherencia y la confiabilidad en la identificación de patrones y temas emergentes en las entrevistas, contribuyendo significativamente a la robustez de la investigación.

El siguiente cuadro resume la frecuencia total de aparición de cada uno de los códigos, indicando la densidad temática presente en los discursos. Cabe señalar que la frecuencia no corresponde al número de participantes, sino al número total de veces que el contenido fue referido a lo largo del corpus completo, sin duplicar citas ni fragmentos.

Tabla 3.

Frecuencia total de aparición de códigos emergentes según análisis del corpus de 28 entrevistas.

Categoría Temática	Subcategorías / Códigos	Frecuencia
1. Significados atribuidos al diagnóstico (295)	Diagnóstico como etiqueta	87
	Percepción de anormalidad	68
	Normalización / convivencia posible	41
	Explicación del malestar	29
	Confusión conceptual	70
2. Prejuicios y estereotipos (291)	Peligrosidad percibida	61
	Desconfianza e imprevisibilidad	57
	Mitos sociales	54
	Desinformación y simplificación	60
	Estereotipos naturalizados	59
3. Estigma y discriminación (292)	Estigma público (discriminación directa)	98
	Estigma percibido (rechazo/invisibilización)	76
	Estigma estructural	53
	Estigma por asociación	34
	Autoestigma	31
4. Contacto y experiencias previas (226)	Experiencia directa	74

	Convivencia con pares	57
	Relatos de cercanía o distancia	52
	Impacto emocional del contacto	43
<hr/>		
5. Formación profesional y estigma (329)	Formación insuficiente	134
	Falta de herramientas	89
	Empatía profesional	21
	Visibilización curricular	15
	Propuestas de mejora	38
	Desequilibrio entre teoría y práctica	32
<hr/>		
6. Influencia familiar (161)	Experiencias familiares con personas diagnosticadas.	103
	Valores y creencias heredadas.	31
	Actitudes transferidas.	27
<hr/>		
	TOTAL GENERAL	1.594
<hr/>		

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO 6:

RESULTADOS

6 RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en esta investigación, organizados en función de los objetivos específicos establecidos. Inicialmente, se ofrece una descripción de la población de estudio, lo cual permite comprender el perfil de los participantes, antes de profundizar en el análisis temático por cada objetivo.

6.1 Descripción de la población de estudio

La siguiente tabla resume las características sociodemográficas de los 28 estudiantes que participaron del estudio, agrupando por carrera, a según carrera, año académico y sexo. Esta presentación resumida permite una visión integrada de la muestra investigada, para una versión extensa sobre caracterización sociodemográfica y académica ver anexo 6.

Tabla 4.

Distribución de la población de estudio según carrera, año académico y sexo (n = 28)

Carrera	Segundo Año	Segundo Año	Cuarto Año	Cuarto Año	Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Trabajo Social	1	3	2	4	10
Medicina	3	0	2	0	5
Psicología	0	2	0	2	4
Obstetricia	0	3	0	1	4
Kinesiología	1	1	0	2	4
Enfermería	0	0	1	0	1
Total	5	9	5	9	28

Fuente: Elaboración propia.

En esta investigación participaron 28 estudiantes de pregrado pertenecientes a seis carreras del área de la salud, con una distribución equilibrada entre segundo y cuarto año (14 por nivel). En cuanto al sexo, se contó con 17 mujeres y 11 hombres, reflejando la tendencia de feminización de muchas de las disciplinas consideradas.

Trabajo Social fue la carrera con mayor representación (10 estudiantes), seguida de Medicina (5), Psicología, Obstetricia y Kinesiología (4 cada una), y Enfermería (1). La menor participación de esta última respondió a la dificultad de agendar entrevistas pese a reiteradas gestiones.

La composición de la muestra no buscó representatividad estadística, sino recoger una diversidad de conocimientos y trayectorias, incluyendo diferencias por género, nivel formativo y disciplina. Esta variedad enriquece el análisis sobre el estigma hacia persona con diagnósticos de trastorno mental en futuros profesionales del área.

OBJETIVO ESPECÍFICO N°1:

Identificar ideas y creencias que tienen los estudiantes de carreras de la salud hacia las personas que presentan diagnósticos de trastorno mental.

Categoría: Significados atribuidos al diagnóstico

Esta categoría reúne las diversas formas en que los estudiantes comprenden, definen y reaccionan frente al diagnóstico psiquiátrico, especialmente en términos de estigma, lenguaje, normalización o patologización del malestar.

Tabla 5.

Resumen tema primario: "Significados atribuidos al diagnóstico de trastorno mental".

Dimensión	Descripción	Tendencias principales
Dimensión N°1: Diagnóstico como etiqueta	Esta dimensión busca conocer las creencias en torno al diagnóstico como una categoría que rotula y estigmatiza. Los discursos reflejan que muchos estudiantes tienden a asociar el diagnóstico con etiquetas como "esquizofrénico" o "bipolar", lo que condiciona la percepción de la persona más allá de su individualidad. Se identifica una carga negativa en el lenguaje y una práctica frecuente de reducir al otro al diagnóstico, incluso en entornos clínicos formativos. También se observan tensiones, ya que algunos reconocen la utilidad diagnóstica como acceso a tratamiento, aunque cuestionan su impacto social.	Predomina el uso de etiquetas sobre diagnósticos; se refuerza el estigma. Alta frecuencia de una visión crítica en parte de los discursos.

<p>Dimensión N°2: Percepción de anormalidad</p>	<p>Aquí se expresan representaciones que asocian el diagnóstico con la desviación de la norma. Se reconoce un supuesto en que las personas diagnosticadas son vistas como “diferentes”, “peligrosas” o “impredecibles”. Esta percepción se ancla en temores culturales y falta de educación formal, lo cual incide directamente en el distanciamiento afectivo o social.</p>	<p>Diagnóstico asociado a lo “anormal”; genera temor, exclusión y distancia. Frecuente entre estudiantes con menos experiencia conceptual.</p>
<p>Dimensión N°3: Confusión conceptual</p>	<p>Esta dimensión da cuenta de la dificultad de los estudiantes para distinguir entre conceptos más clínicos o de diagnóstico como enfermedad, trastorno, malestar emocional o rasgos de personalidad. Se evidencian interpretaciones confusas y mezcladas, lo que denota una formación insuficiente y genera una base frágil para el abordaje profesional.</p>	<p>Confusión en el uso de términos clínicos; evidencia debilidad formativa y riesgo de interpretaciones erróneas. Es transversal a carreras; mayor en niveles iniciales.</p>
<p>Dimensión N°4: Normalización / convivencia posible</p>	<p>Algunos discursos ofrecen miradas que promueven la aceptación, naturalización y convivencia respetuosa con personas diagnosticadas. Se mencionan experiencias de cercanía, familiares o amistosas, que permiten a los estudiantes reconocer capacidades funcionales y derechos en quienes conviven con una etiqueta diagnóstica.</p>	<p>Aparecen discursos empáticos y normalizadores; experiencias personales influyen en la percepción positiva.</p>
<p>Dimensión N°5: Diagnóstico como explicación del malestar</p>	<p>En esta dimensión se agrupan los relatos que valoran el diagnóstico como herramienta de comprensión, tanto personal como profesional. El diagnóstico aparece como un lenguaje que da sentido al sufrimiento,</p>	<p>Se valora el diagnóstico como marco explicativo; puede favorecer la comprensión y acceso al cuidado. Baja frecuencia,</p>

	promueve la búsqueda de ayuda, y organiza la experiencia emocional. Aunque no exento de tensiones, este enfoque rescata su potencial integrador.	pero con contenido reflexivo y propositivo.
--	--	---

Fuente: Elaboración propia.

Dimensión N°1: Diagnóstico como etiqueta

Esta dimensión aborda cómo los estudiantes de carreras de la salud percibieron y utilizaron el diagnóstico como una forma de etiquetar a las personas. Se evidenciaron discursos en los que el diagnóstico actuó como una marca que sobrepasaba a la persona, generando reduccionismo e invisibilización de su subjetividad. Algunos participantes reconocieron que esta práctica se reproducía incluso dentro de sus espacios formativos, lo que reforzaba estereotipos y generaba distancia con el otro. Sin embargo, también emergieron voces críticas que problematizaron esta forma de encasillar y reflexionaron sobre los efectos del lenguaje técnico o clínico.

Entrevista N°3, Trabajo Social:

“(0.7) Cuando alguien dice que ‘es bipolar’ o ‘es esquizofrénico’ como que ya lo miran distinto (.) <se quedan con eso (.) como que no ven a la persona sino al diagnóstico> (0.8) como si eso definiera todo”.

Entrevista N°5, Trabajo Social:

“Yo creo que el problema no es el diagnóstico en sí (.) sino lo que genera después (0.5) porque cuando uno escucha <‘es bipolar’ o ‘es esquizofrénico’> como que ya hay una imagen hecha (.) una carga (0.6) y de ahí uno empieza a pensar en esa persona con miedo o con distancia ((asiente)) (.) incluso sin quererlo uno ya la ve distinta”.

Entrevista N°8, Obstetricia:

“Yo creo que a veces se usa como etiqueta (.) no sé si con mala intención (0.6) pero igual encasilla mucho (.) porque uno ya no habla de lo que siente esa persona (.) sino de lo que ‘tiene’”.

Entrevista N°11, Obstetricia:

“(0.9) Pasa hartito que uno dice: ‘ah, tiene tal cosa’ y se olvida que puede tener una historia detrás (.) familia (.) amigos (.) no solo la enfermedad (.) pero como que eso lo tapa todo”.

Entrevista N°12, Medicina:

“En clases o en práctica a veces los profes dicen cosas como: <‘ese es el esquizo’> (.) y aunque sea broma o costumbre <igual pega fuerte> (1.0) porque uno se queda con eso (.) con el rótulo (.) y se te olvida todo lo otro que hay detrás”.

Entrevista N°14, Psicología:

“(0.5) Nos enseñan a ver el diagnóstico, pero no siempre a ver a la persona (.) y eso (.) igual me hace ruido (.) porque siento que uno debería partir al revés”.

Entrevistada N°18, Medicina:

“A mí me pasó que una vez una amiga dijo <‘yo no saldría con alguien depresivo’> (0.8) y yo le dije: ‘pero si no sabes por lo que ha pasado’ (.) y me dijo que da lo mismo, porque ‘los depresivos son así’ (.) entonces el diagnóstico para mucha gente es una sentencia (.) una etiqueta que no se saca más”.

Entrevistado N°19, Obstetricia:

“Una vez en práctica un profe dijo: ‘ah, ese es el esquizo’ (0.4) y todos se rieron (.) pero yo quedé pensando (.) como que esa palabra (.) ya lo dejaba marcado para todo”.

Los relatos analizados evidenciaron que el diagnóstico de trastorno mental fue frecuentemente utilizado como una etiqueta que invisibilizó a las personas. Esta práctica, reproducida incluso en espacios formativos, reforzó estigmas y sometió a las personas a su condición diagnóstica. Sin embargo, también emergieron discursos críticos que permitieron problematizar esta lógica minimizar y evidenciaron una creciente reflexión ética en algunos estudiantes.

Dimensión N°2: Percepción de anormalidad

Esta dimensión recoge los discursos en que los estudiantes interpretan el trastorno mental como un marcador de diferencia, desviación o “anormalidad” en relación con lo que se considera socialmente aceptable. Esta percepción refuerza la idea de que las personas diagnosticadas están fuera de la norma, lo que genera temor, desconfianza o distancia emocional. En varios relatos, se manifiestan nociones como imprevisibilidad, peligro o inestabilidad, asociadas principalmente a ciertos diagnósticos como esquizofrenia o trastornos del ánimo severos. Estas representaciones parecen estar influenciadas por imaginarios sociales estigmatizantes, reforzados por medios de comunicación, y en algunos casos, por una formación profesional limitada.

Entrevista N°2, Trabajo Social:

“(1.0) No sé (.) siento que hay personas con diagnóstico que pueden perder el control (.) <como que uno nunca sabe qué pueden hacer> (0.6) eso a veces me da miedo (.) porque me imagino cosas que he visto en la tele o en historias de otras personas (.) donde se muestra que pueden reaccionar mal o ponerse agresivos (0.7) entonces uno igual se pone a la defensiva ((asiente)) (.) aunque después me doy cuenta que eso viene más de la ignorancia o de no conocer bien cómo son en realidad las personas que tienen esos diagnósticos (.) porque uno generaliza y se deja llevar por lo que ha escuchado más que por la experiencia directa”.

Entrevista N°6, Obstetricia

“(0.9) Cuando me dicen que alguien tiene esquizofrenia (.) me da como susto (.) porque no sé si de repente puede reaccionar mal (.) o gritar o tener una crisis (0.8) como que uno no sabe qué esperar y eso genera una sensación de alerta (.) aunque sé que no siempre es así (.) pero igual queda esa imagen (.) como de algo descontrolado o inestable (.) creo que influye mucho lo que se muestra en los medios (.) donde siempre se asocia la esquizofrenia con peligro o con violencia”.

Entrevistado N°7, Kinesiología:

“(0.8) A mí me pasa que cuando sé que alguien tiene un trastorno (.) como que igual me genera alerta (0.5) no porque sea peligroso en sí (.) pero porque no sé cómo va a actuar (.) como que puede pasar algo inesperado ((gesticula)) (0.9) y eso (.) me hace estar más atento o incluso evitarlo (.) aunque me dé lata decirlo así (0.7) porque en el fondo sé que puede ser prejuicioso (.) pero es una reacción automática (.) quizás por no tener tanta información o porque uno ha escuchado cosas negativas desde siempre”.

Entrevista N°10, Kinesiología:

“(0.8) A mí me pasa que cuando sé que alguien tiene un trastorno (.) como que igual me genera alerta (0.5) no porque sea peligroso en sí (.) pero porque no sé cómo va a actuar (.) como que puede pasar algo inesperado ((gesticula)) (0.9) y eso (.) me hace estar más atento o incluso evitarlo (.) aunque me dé lata decirlo así (0.7) porque en el fondo sé que puede ser prejuicioso (.) pero es una reacción automática (.) quizás por no tener tanta información o porque uno ha escuchado cosas negativas desde siempre”.

Entrevista N°13, Medicina:

“(0.7) En mi casa cuando alguien decía que tenía depresión o algo así (.) se miraba como raro (.) como que estaba dañado (.) distinto a los demás (.) y eso (0.5) se me quedó en la cabeza harto tiempo (.) hasta que conocí gente que tenía diagnóstico y era súper funcional (.) trabajaban (.) estudiaban (.) tenían familia (.) y ahí me di cuenta que esa idea que tenía era súper limitada (.) pero igual cuesta quitarse esa idea inicial (.) como que está muy instalada desde lo cultural”.

Entrevistada N°15, Kinesiología:

“Creo que en general se piensa que alguien con diagnóstico puede hacer cosas extrañas (0.6) o que es impredecible (.) y eso genera distancia (.) porque si tú no sabes cómo va a reaccionar (0.7) prefieres no involucrarte tanto (.) o mantenerte al margen (.) por seguridad o por no saber cómo actuar (0.6) aunque a veces eso viene más del miedo que del conocimiento (.) y uno sin querer termina alejando o estigmatizando sin tener malas intenciones”.

Entrevistada N°22, Trabajo Social:

“(0.7) He visto que se piensa que la gente con diagnóstico (.) no está bien (.) como que hay que tenerles cuidado (.) y eso lo he escuchado incluso de compañeros o profes (0.6) que dicen cosas como <‘es mejor no provocarlo’> o <‘anda con cuidado’> (.) como si fueran inestables o impredecibles (.) y eso influye en cómo uno se relaciona con ellos (.) porque se tiende a verlos como distintos (.) y no siempre se da el espacio para conocerlos más allá del diagnóstico (0.9) muchas veces se les mira desde el prejuicio (.) como si fueran un problema o un riesgo (.) cuando en realidad pueden estar pasando por procesos súper duros y lo que más necesitan es apoyo y no miedo (.) pero eso no se enseña mucho (.) uno lo va entendiendo cuando se vincula más desde lo humano y no desde la etiqueta”.

Estos relatos permitieron observar que, en algunos casos, la presencia de un diagnóstico era asociada con ideas de anormalidad o diferencia. Tales percepciones generaban distancias simbólicas y emocionales, lo que resultó relevante de considerar en el proceso formativo de los futuros profesionales de la salud.

Dimensión N°3: Confusión conceptual

Esta dimensión abordó la dificultad de los estudiantes para diferenciar entre conceptos como enfermedad mental, trastorno, malestar emocional o características de personalidad. Los discursos evidenciaron una comprensión poco precisa o ambigua de los términos, lo cual refleja vacíos en la formación académica y genera un marco de interpretación frágil para el abordaje profesional y social de los trastornos mentales. Esta confusión se manifestó en distintos momentos de las entrevistas, tanto al relatar experiencias personales como al intentar explicar teóricamente los diagnósticos.

Entrevista N°2, Trabajo Social:

“Mmm (1.0) a veces no sé bien la diferencia entre depresión y estar triste (.) porque como que en clases dan muchas definiciones pero en la práctica (0.5) cuesta ver la línea (.) <uno no sabe cuándo es normal y cuándo ya es algo grave> (0.7) como que todo depende de la situación y del profe que te toque (.) <porque algunos lo ven más clínico y otros más emocional> (0.9) entonces uno queda con esa sensación de no saber cómo abordarlo (.) y a veces uno tiene miedo de minimizar algo que sí puede ser grave (.) o al revés (.) ver algo leve como un trastorno”.

Entrevista N°4, Medicina:

“Yo entiendo que trastorno y enfermedad es lo mismo (.) o sea (.) al final son cosas que tienen que tratarse (0.6) pero a veces no entiendo si ansiedad es enfermedad o solo algo emocional

(.) es como confuso (.) porque además todos dicen que están ansiosos y ya uno no sabe si eso es normal o no (.) <como que se desdibuja el límite> (0.8) y en medicina nos enfocamos mucho en lo físico (.) entonces a veces lo emocional se deja de lado (.) o se ve como algo secundario”.

Entrevista N°6, Kinesiología:

“Yo escuchaba que tenía ‘trastorno’ y me imaginaba algo muy grave (0.6) como que trastorno suena más fuerte que depresión o ansiedad (.) <no sabía que a veces son lo mismo o que pueden ir juntos> (1.0) entonces uno empieza a decir cosas que no entiende bien (.) como que uno se queda con lo que ha escuchado, pero no con lo que realmente es (0.8) y eso influye en cómo uno reacciona (.) porque si no lo comprendes bien (.) puedes tratar distinto a alguien solo por el nombre del diagnóstico”.

Entrevista N°10, Medicina:

“Una vez en práctica alguien dijo que una paciente era borderline (0.4) y yo pensé que eso era como que tenía cambios de ánimo nomás (.) después leí y era mucho más complejo (.) entonces creo que no siempre nos explican bien (.) <nos dan los nombres pero no el sentido> (0.8) y uno se queda con la etiqueta sin entender lo que realmente significa (.) como que faltan ejemplos reales o casos que nos ayuden a entender desde la experiencia (.) no solo desde la teoría”.

Entrevista N°13, Medicina:

“Yo pensaba que tener depresión era como estar bajoneado (.) pero después caché que hay tipos de depresión (0.6) y no es solo emocional (.) también es físico y tiene síntomas bien duros (.) <pero eso nadie te lo dice en primero o segundo> (.) y en la práctica uno llega sin entender bien (.) <entonces es como que vas aprendiendo a la mala> (0.7) cuando te toca ver a alguien con un episodio fuerte y no sabes cómo actuar (.) ahí recién entiendes la gravedad”.

Entrevista N°16, Psicología:

“Creo que en psicología se habla mucho de patologías (.) pero no siempre queda claro qué diferencia hay entre un trastorno (.) una crisis emocional o una enfermedad mental crónica (0.5) <por ejemplo, alguien con ansiedad puede estar en crisis o puede tener algo leve> (.) pero <eso depende mucho de cómo uno lo entienda o lo vea> y siento que eso genera mucho problema en cómo los tratamos o incluso cómo los miramos (0.7) como que el mismo diagnóstico puede significar cosas distintas según quién lo dice o desde qué mirada se aborde”.

Entrevista N°21, Obstetricia:

“En clases nos han dicho que el malestar emocional puede ser un síntoma o una condición en sí (.) pero igual uno se confunde (0.7) porque <en la vida real no sabes si alguien está triste o está con una depresión> (.) entonces a veces uno reacciona como si fuera lo mismo (.) y eso puede ser malo para esa persona (0.9) porque uno sin querer minimiza lo que le pasa o lo interpreta desde su propia experiencia (.) y eso puede hacer que no se dé el apoyo que realmente necesita”.

Estas citas fortalecieron la evidencia sobre las dificultades en la comprensión de conceptos de trastorno mental. Los participantes reconocieron que su interpretación del lenguaje técnico provenía más del uso cotidiano o popular que de una formación sistemática, lo que aumentaba el riesgo de reforzar estereotipos o realizar intervenciones poco informadas. La confusión conceptual, por tanto, no solo reflejaba una carencia formativa, sino también una barrera para establecer vínculos empáticos y profesionalmente adecuados con las personas.

Dimensión N°4: Normalización / convivencia posible

Esta dimensión agrupó discursos que destacaron una mirada más empática, cercana y naturalizada hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental. En estos relatos, el diagnóstico no apareció como una marca excluyente, sino como una condición con la que se podía convivir, aprender y relacionarse desde la aceptación. Muchas de estas percepciones se vincularon a experiencias personales significativas (familiares, amistades o compañeros), que promovieron una visión más humana, comprensiva y menos estigmatizante.

Entrevista N°2, Trabajo Social:

“Mi hermana fue diagnosticada con depresión y ansiedad hace años (0.8) y yo viví todo ese proceso con ella (.) <la veía como siempre (.) no cambió para mí> (1.1) entonces cuando me hablan de diagnóstico <yo pienso más en lo que ella vivió> (.) no en una etiqueta (0.9) porque para mí fue un proceso largo, con días buenos y otros difíciles, pero no la definió como persona (.) la seguí viendo como mi hermana (.) con sus fortalezas y su forma de ser (.) no como una enfermedad con nombre y apellido”.

Entrevista N°7, Kinesiología:

“Tuve un compañero en la U que tenía trastorno bipolar y la verdad (.) <era como cualquiera de nosotros> (.) sí tenía días malos, pero todos los tenemos (0.7) y nunca fue algo que afectara su trato o su forma de trabajar (.) entonces uno aprende que hay que mirar más allá del nombre (0.8) porque el diagnóstico no dice cómo es una persona (.) y a veces uno se sorprende de lo funcionales, empáticos o comprometidos que son (.) incluso más que quienes no tienen diagnóstico”.

Entrevista N°9, Kinesiología:

“(0.6) Viví con mi abuela que tenía un diagnóstico de esquizofrenia (.) y era una persona tierna (.) cuidadora (.) no tenía nada que ver con lo que la gente cree (.) <yo la recuerdo con cariño (.) no con miedo> (0.9) y eso me marcó (.) porque cuando escucho la palabra esquizofrenia en clases o en la tele (.) me choca la diferencia con lo que yo viví (.) a veces se exagera o se muestra lo más extremo (.) pero mi abuela era alguien con quien yo me sentía segura”.

Entrevista N°13, Medicina:

“<Yo conviví con una persona con esquizofrenia y aprendí mucho> (0.9) como que entendí que no todo es como en las películas (.) la conocí (.) su historia (.) su forma de ver la vida (.) y ahí uno deja de tener miedo (.) y empieza a tener respeto (1.0) porque ya no la ves como ‘la esquizofrénica’, sino como una persona completa (.) con emociones, con sueños, con momentos buenos y otros difíciles (.) y eso cambia mucho cómo uno se relaciona con las personas que tienen un diagnóstico”.

Entrevista N°15, Kinesiología:

“En mi familia hay dos personas con diagnóstico y los veo igual que siempre (.) <no es que uno ande con miedo o algo así> (.) a veces necesitan más contención, pero uno también la necesita en otras cosas (0.7) y creo que el problema no es el diagnóstico en sí (.) sino la forma en que se reacciona frente a eso (.) como si fuera algo que te cambia por completo (.) cuando en realidad siguen siendo las mismas personas (.) con las mismas capacidades y afectos”.

Entrevista N°17, Psicología:

“Yo trabajé en voluntariado y ahí conocí gente con diagnósticos diversos (.) <eran súper activos (.) participativos> (.) no era como lo que dicen (.) ahí me di cuenta que muchas veces se habla desde el prejuicio (0.8) porque cuando uno convive con ellos (.) se da cuenta que no hay nada que

temer (.) que son personas con ganas de aportar (.) con historias de vida súper ricas (.) y eso me ayudó mucho a cuestionar lo que uno cree desde fuera”.

Entrevista N°20, Enfermería:

“(0.8) En mi familia antes se pensaba que las personas con diagnóstico eran débiles (.) como que no podían enfrentar la vida (.) incapaces ((pausa)) (0.9) eso me lo dijeron muchas veces cuando era chica (.) y por mucho tiempo lo creí (.) hasta que empecé a conocer otras historias (.) más reales (.) más humanas (0.7) ahí entendí que no era debilidad (.) sino algo complejo que podía tocarle a cualquiera. También me marcó ver cómo las creencias religiosas influían mucho (.) a veces para bien (.) pero otras no tanto (.) como cuando se decía que con fe era suficiente (.) o que era solo falta de voluntad (.) y eso terminaba negando el problema (.) y alejando a la persona que sufría (1.0) con el tiempo, eso me hizo interesarme por esta carrera (.) por el deseo de cuidar a otros desde un lugar más empático (.) más informado (.) no desde el juicio”.

Entrevista N°24, Psicología:

“(0.4) Mi prima tiene diagnóstico de trastorno límite y siempre hemos estado muy unidas (.) <para mí es mi prima (.) no una paciente> (.) la gente habla mucho sin saber (.) pero cuando uno conoce de verdad (.) cambia todo (1.0) porque uno empieza a ver el esfuerzo que hace cada día por estar bien (.) y te das cuenta de lo injusto que es que la reduzcan solo a una etiqueta (.) como si eso fuera todo lo que ella es”.

Los discursos recogidos en esta dimensión evidenciaron un cambio de paradigma, desde el temor o desconocimiento hacia una postura de convivencia respetuosa y aceptación empática. Las experiencias personales cercanas surgieron como factores clave que permitieron cuestionar estereotipos y desarmar visiones alarmistas o patologizantes. Estos relatos operaron como discursos

alternativos al estigma dominante, mostrando que el contacto significativo con personas diagnosticadas podía humanizar y transformar la mirada profesional.

Dimensión N°5: Diagnóstico como explicación del malestar

Esta dimensión agrupó los discursos donde el diagnóstico fue valorado como una herramienta de comprensión y organización del malestar. Para estos/as estudiantes, el diagnóstico no es percibido como una simple etiqueta estigmatizante, sino como una posibilidad de sentido, que legitima el sufrimiento y facilita el acceso al apoyo emocional o terapéutico. Esta mirada mostró un enfoque más integrador y comprensivo, mayormente entre estudiantes con experiencias cercanas o reflexiones personales profundas.

Entrevista N°5, Trabajo Social:

“(0.8) Para mí fue importante saber que lo que me pasaba tenía un nombre (.) me dio tranquilidad (.) porque antes pensaba que era solo debilidad mía (.) pero al saber que era ansiedad (0.6) pude entender que tenía tratamiento (.) que no estaba sola (1.0) fue un alivio porque ya no tenía que seguir fingiendo que estaba bien (.) podía pedir ayuda (.) podía hablarlo sin sentir vergüenza o culpa (.) y eso también me hizo pensar distinto sobre las personas que tienen otros diagnósticos (.) como que ahora las entiendo más”.

Entrevista N°6, Kinesiología:

“Cuando me dijeron que tenía ansiedad (0.6) fue como ponerle nombre a lo que me pasaba (.) y eso (.) me ayudó a entenderme (.) no era solo que yo era débil o exagerada (.) <era algo que tenía una base (.) que se podía tratar> (0.8) después de eso pude buscar ayuda sin sentirme culpable (1.0) y también cambió cómo me relacionaba con otros (.) porque uno deja de pensar que el sufrimiento emocional es flojera o exageración (.) y empieza a verlo como algo que merece cuidado y acompañamiento”.

Entrevista N°10, Medicina:

“(1.0) A veces el diagnóstico sirve como guía (.) uno sabe por dónde empezar a ayudar (0.5) no es solo poner una etiqueta (.) también es como abrir una puerta (.) <el diagnóstico te da pistas (.) no te encierra> (0.8) cuando uno entiende eso (.) cambia la forma de mirar al paciente (.) ya no es solo ‘el esquizofrénico’ o ‘el depresivo’ (.) sino una persona con una experiencia que necesita acompañamiento desde lo clínico, pero también desde lo humano”.

Entrevista N°16, Psicología:

“Yo lo veo como una forma de encontrar el camino (.) cuando uno sabe que tiene algo (.) ya no anda tan perdido (.) <y también la familia entiende mejor (.) deja de pensar que uno exagera o que es flojera> (1.0) en Psicología aprendemos que ponerle nombre a las cosas no es encasillar (.) es una forma de validar el malestar (.) y eso ayuda a que las personas se reconozcan (.) se escuchen (.) y puedan pedir ayuda desde otro lugar”.

Entrevista N°21, Obstetricia:

“Yo no veo el diagnóstico como algo malo (.) para mí es una forma de ordenar lo que está pasando (.) <cuando tienes un nombre (.) puedes buscar información (.) puedes saber que no estás sola (.) que hay otros que pasan por lo mismo> (0.9) y eso da esperanza (.) porque muchas veces una persona se siente confundida o culpable por lo que siente (.) pero cuando le ponen nombre (.) es como que todo empieza a encajar (.) y desde ahí se puede buscar apoyo (.) incluso desde los equipos de salud como el nuestro (.) que estamos llamados a cuidar con respeto y sin juicio”.

Entrevista N°22, Trabajo Social:

“(0.4) Mi percepción cambió cuando supe que una amiga tenía depresión (.) y al hablar con ella me di cuenta que el diagnóstico le sirvió para explicarle a su familia (.) como que recién ahí la escucharon (0.6) <el diagnóstico a veces da legitimidad al dolor> (1.0) antes pensaban que solo estaba de mal ánimo (.) pero cuando el médico habló con ellos (.) empezaron a tratarla distinto (.) más con cuidado (.) más con respeto (.) y eso también me hizo pensar en cuánta gente sufre en silencio porque no sabe cómo explicar lo que siente (0.8) desde el Trabajo Social creo que es clave visibilizar ese sufrimiento y darle un lugar para que pueda ser acogido”.

Entrevista N°25, Trabajo Social:

“Conozco personas que mejoraron cuando supieron su diagnóstico (0.7) porque antes andaban muy mal y nadie les creía (.) pero cuando el médico les explicó (.) fue como que todo se ordenó (.) <podieron hablar en la casa (.) pedir ayuda (.) y ya no se sentían tan culpables> (1.1) yo creo que ahí uno se da cuenta del valor que tiene el diagnóstico cuando se usa bien (.) no como una condena (.) sino como una forma de abrir posibilidades (.) de dejar de cargar todo en silencio (.) y desde el Trabajo Social, eso es importante (.) porque muchas veces acompañamos esos procesos de validación (.) cuando por fin alguien puede ponerle palabras a lo que le duele”.

Estos relatos mostraron que, para algunos estudiantes, el diagnóstico funcionó como un puente entre el malestar personal y el reconocimiento social. Lejos de ser un rótulo estigmatizante, fue entendido como una herramienta para interpretar, comunicar y validar la experiencia emocional. Esta dimensión, aunque menos frecuente, evidenció un pensamiento más complejo y humanizante respecto de la salud mental, y sugirió la necesidad de incorporar enfoques comprensivos en la formación profesional.

OBJETIVO ESPECÍFICO N°2:

Identificar los prejuicios que tienen los estudiantes de carreras de la salud hacia las personas que presentan diagnósticos de trastorno mental.

Categoría: Prejuicios y estereotipos asociados al diagnóstico

Esta categoría reúne los discursos en los que los estudiantes expresaron prejuicios, estereotipos o ideas preconcebidas hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental, muchos de los cuales están basados en el desconocimiento, temor o representaciones culturales instaladas socialmente.

Tabla 6.

Resumen tema primario: "Prejuicios y estereotipos asociados al diagnóstico"

Dimensión	Descripción	Tendencias principales
Dimensión N°1: Peligrosidad percibida	Se identificaron creencias que asocian automáticamente el diagnóstico con una supuesta agresividad o pérdida de control. Esta representación, influida por estereotipos sociales y culturales, refuerza el miedo y justifica el distanciamiento.	Diagnóstico asociado a peligro; genera temor y evitación. Predomina en estudiantes sin contacto previo significativo.
Dimensión N°2: Desconfianza e imprevisibilidad	Relatos que evidencian una percepción de inestabilidad emocional o conductual en las personas con diagnóstico, lo que se traduce en desconfianza sobre su comportamiento, credibilidad o confiabilidad, incluso en espacios de práctica o clínicos.	Prevalece la idea de que quienes tienen diagnóstico son poco confiables o emocionalmente frágiles.

<p>Dimensión N°3:</p> <p>Mitos sociales</p>	<p>Se evidencian creencias erróneas o exageradas sobre los trastornos mentales (por ejemplo, asociarlos a “locura”, “falta de voluntad” o “irrecuperabilidad”), muchas veces replicadas sin cuestionamiento.</p>	<p>Reproducción de mitos culturales; afecta especialmente a estudiantes de niveles iniciales o con menor formación específica.</p>
<p>Dimensión N°4:</p> <p>Desinformación y simplificación</p>	<p>Discursos que reflejan desconocimiento o comprensión superficial de los trastornos mentales. La falta de formación específica propicia explicaciones simplistas, centradas en la voluntad o en factores morales, más que en un enfoque clínico, psicosocial o contextualizado.</p>	<p>Desinformación sobre salud mental; se evidencia una comprensión reducida y estigmatizante del diagnóstico.</p>
<p>Dimensión N°5:</p> <p>Estereotipos naturalizados</p>	<p>Se observa la naturalización de prejuicios cotidianos como parte del lenguaje común entre pares o dentro de las aulas. Aunque algunos discursos los cuestionan, persiste una reproducción no intencionada pero persistente de estereotipos asociados al diagnóstico.</p>	<p>Prejuicios integrados al lenguaje cotidiano; en algunos casos se reproducen de forma inadvertida, incluso en contextos formativos.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Dimensión N°1: Peligrosidad percibida

Esta dimensión da cuenta de cómo parte del estudiantado vinculó el diagnóstico de trastorno mental con una potencial peligrosidad. Se evidenciaron imaginarios que asocian la enfermedad mental con reacciones violentas, agresivas o difíciles de controlar. Estas ideas, en su mayoría, no se originaron en experiencias directas, sino en relatos familiares, narrativas culturales o medios de comunicación. No obstante, también emergieron discursos reflexivos que cuestionaron estas representaciones.

Entrevista N°6, Kinesiología:

“(0.8) Una vez atendimos a una señora que era esquizofrénica y (0.6) costaba mucho que los del turno se acercaran (.) decían que podía volverse violenta o que era mejor no tocarla mucho (.) y yo igual sentí susto (.) porque no sabía cómo podía reaccionar (1.0) no nos explicaron mucho (.) solo que había que tener cuidado (.) y eso como que te predispone (1.0) yo creo que faltó información desde el equipo (.) porque si uno no entiende bien qué implica un diagnóstico así (.) es fácil que el miedo o los prejuicios manden (.) y eso no ayuda ni a la atención ni a la persona (.) menos en nuestro rol como kinesiólogos donde el contacto es parte central de la atención”.

Entrevistado N°9, Kinesiología:

“(1.0) En mi familia siempre se decía que los ‘locos eran peligrosos’ (.) como que uno crece con esa idea (0.7) y aunque uno estudie igual a veces le cuesta borrarla (.) sobre todo si no ha tratado con pacientes así (.) mi primera vez con alguien con esquizofrenia fue en un voluntariado y no pasó nada malo (.) pero igual estaba tenso (.) esperando que hiciera algo raro (1.0) después entendí que muchas de esas ideas venían más de lo que uno ve en la tele o escucha en la casa (.) y no de la experiencia real (.) pero creo que igual necesitamos más formación desde el pregrado para saber

cómo actuar (.) especialmente en carreras como la nuestra donde también estamos en contacto con estos pacientes”.

Entrevista N°13, Medicina:

“(0.6) Cuando supe que un compañero había tenido depresión fuerte (.) me dio como nervio estar cerca (.) como que uno piensa que pueden explotar en cualquier momento (0.9) aunque después uno se da cuenta que no es así (.) pero la primera reacción es como <mejor evitarlo> (.) y eso no debería pasar (.) uno debería saber cómo actuar (.) pero no nos enseñan mucho de eso (1.1) en Medicina hablamos mucho de síntomas y diagnósticos (.) pero poco de cómo se vive eso en lo cotidiano (.) y creo que eso nos hace falta para tener una mirada más humana (.) no solo clínica”.

Entrevista N°15, Kinesiología:

“(1.2) Yo igual pensaba que los que tienen problemas mentales eran impredecibles (.) como que te podían agredir (.) eso uno lo ve en las noticias o en redes sociales y queda con esa imagen (0.8) pero nunca me ha pasado (.) aunque la idea está ahí (.) como instalada”.

Entrevista N°17, Psicología:

“(0.7) Al principio me daba miedo trabajar con pacientes con esquizofrenia (.) porque pensaba que podían hacerme algo (.) pero cuando uno conoce y se informa (.) ya no es lo mismo (.) te das cuenta que muchos solo necesitan comprensión (.) no todos son agresivos (.) pero cuesta cambiar esa idea (.) sobre todo si no hay una formación clara desde el inicio”.

Los relatos presentados mostraron que la asociación entre trastorno mental y peligrosidad constituía una creencia persistente en buena parte del estudiantado, especialmente en quienes no habían tenido experiencias directas o formación específica en salud mental. Esta percepción se

configuró como una representación social en estereotipos culturales, discursos familiares y construcciones mediáticas, más que en vivencias clínicas o prácticas concretas.

La idea del “otro peligroso” generaba una distancia simbólica que se traducía en temor, evasión o sobreprotección en contextos de atención. A su vez, estos relatos estigmatizantes eran reforzados en algunos espacios de práctica, donde se reproducían indicaciones poco fundamentadas, como “tener cuidado”, sin entregar orientaciones profesionales o psicoeducativas claras.

No obstante, también emergieron relatos críticos que problematizaban esta asociación, especialmente entre estudiantes con mayor nivel de formación o contacto con personas diagnosticadas. Estos discursos cuestionaban la validez de la idea de peligrosidad, reconociendo que dicha percepción obstaculizaba la relación empática y la comprensión integral del paciente. En estos casos, el miedo inicial era reemplazado por un enfoque más comprensivo y humanizador, evidenciando que el contacto informado y la formación específica podían operar como factores de cambio.

Dimensión N°2: Desconfianza

Esta dimensión reúne percepciones de inseguridad, recelo o duda frente a la posibilidad de interactuar con personas diagnosticadas con un trastorno mental. Los discursos muestran que muchos estudiantes sostienen ideas estereotipadas de peligrosidad, inestabilidad o imprevisibilidad, lo cual genera distancia emocional y barreras para el contacto genuino. La mayoría de estas creencias no provienen de experiencias personales, sino de imaginarios culturales o representaciones mediáticas no cuestionadas.

Entrevista N°6, Kinesiología:

“(1.2) Cuando era más chica (.) siempre escuchaba cosas como ‘los locos son peligrosos’ (0.9) y aunque uno ahora entiende que no es así (.) igual como que queda esa sensación (0.6) de que <pueden hacer algo raro o impredecible> (.) entonces uno (.) no sé (.) se pone más alerta (.) aunque no quiera prejuizar ((asiente mientras habla)) (1.0) y eso a veces te afecta cuando trabajas con personas con diagnóstico (.) porque en Kinesiología estamos muy en contacto (.) necesitamos confianza (.) y si uno no logra sacarse esas ideas (.) la atención no es la misma (.) por eso creo que es importante que nos hablen más de estos temas en la formación”.

Entrevista N°7, Kinesiología:

“Eh (1.0) cuando tuve que hacer una práctica en psiquiatría (0.8) igual entré con susto (.) porque uno piensa que <en cualquier momento pueden tener una crisis> o que no van a entender (.) entonces uno va con esa prevención (.) como con el freno de mano puesto ((gesticula como si se detuviera)) (1.1) y eso se nota en cómo uno se mueve o cómo trata (.) no debería ser así (.) pero es lo que se instala desde antes (.) en la cultura, en la familia, incluso en algunas clases (.) y en Kinesiología casi no se habla de cómo abordar estos casos desde una mirada humana y cercana (.) como que queda fuera del enfoque físico”.

Entrevista N°10, Medicina:

“(0.7) Yo creo que a veces uno tiene más miedo que empatía (.) por eso (.) porque no conoce o porque (.) no ha tenido a alguien cerca (.) y todo lo que se sabe es por la tele o lo que dicen (.) <que son agresivos, que están mal, que son raros> (1.0) y claro (.) eso queda (.) y uno se lo cree sin darse cuenta (1.0) a mí me sirvió conversar con un paciente que tenía esquizofrenia (.) me cambió la idea (.) pero creo que falta que nos enseñen más desde ese lado (.) en Medicina a veces nos enfocamos solo en el diagnóstico y no en cómo eso se traduce en la vida real (.) en la relación que establecemos”.

Entrevista N°13, Medicina:

“(0.5) Me pasó que una vez vi a alguien hablar solo en la calle y pensé que estaba loco (.) pero después caché que tenía auriculares (.) y me dio vergüenza (.) porque igual uno tiene esa idea metida (.) de que si alguien se comporta distinto ya es peligroso o está mal (.) y no debería ser así (1.0) en Medicina trabajamos con diagnósticos (.) pero también con personas (.) y si uno no cuestiona esos prejuicios (.) termina tratándolos desde el temor o la desconfianza (.) y eso repercute en la calidad del cuidado que uno entrega”.

Entrevista N°22, Trabajo Social:

“Yo siento que (.) igual se tiene esa imagen de que los que tienen problemas mentales pueden explotar o descontrolarse (0.9) entonces uno como que <mejor se cuida> (.) como que no se entrega completamente a la relación con esa persona (.) por si acaso (1.0) y eso lo he visto incluso en prácticas o en conversaciones con otros compañeros (.) como que hay miedo o incertidumbre (.) no siempre malintencionado (.) pero sí muy instalado (.) y creo que desde el Trabajo Social tenemos que desmontar eso (.) porque no se puede acompañar desde la distancia emocional o desde el prejuicio (.) hay que estar dispuesto a mirar con respeto y formación”.

Los relatos revelaron que persiste una confusión conceptual en torno a los diagnósticos en salud mental, lo que genera interpretaciones ambiguas o erróneas entre estudiantes de distintas carreras. Muchos de ellos manifestaron dificultades para diferenciar entre malestares emocionales comunes y trastornos mentales o clínicos, lo que sugiere una comprensión parcial y fragmentada del lenguaje diagnóstico, especialmente en etapas iniciales de formación.

Esta ambigüedad se vio reforzada por la falta de claridad en la enseñanza formal y por las influencias de discursos cotidianos o familiares, lo que propicia una interpretación basada en intuiciones más que en conocimientos fundamentados. En varios casos, los entrevistados

reconocieron haber usado términos sin comprender plenamente su significado, lo que evidencia una tensión entre el saber clínico y la experiencia subjetiva.

Sin embargo, también emergieron relatos que reflexionaban críticamente sobre esta situación, planteando la necesidad de una formación más clara, accesible y contextualizada. Estos relatos daban cuenta de procesos de aprendizaje progresivo, donde el contacto con personas diagnosticadas, la lectura autónoma o las prácticas permitieron desmontar estereotipos y otorgar mayor profundidad al entendimiento del diagnóstico como herramienta de apoyo y no de etiquetamiento.

Dimensión N°3: Mitos sociales

Esta dimensión abordó las creencias infundadas o generalizaciones sin base científica que los estudiantes manifestaron respecto a las personas con diagnóstico de trastorno mental. Los discursos recogidos reflejaron ideas como la peligrosidad inherente, la incapacidad para mantener relaciones afectivas, o la idea de que los trastornos mentales son “modas” o se fingen. Estos mitos circularon como saberes populares y fueron reproducidos, en varios casos, sin reflexión crítica.

Entrevista N°4, Medicina:

“(1.1) En el colegio decían que si uno hablaba solo era porque estaba loco (.) o que los depresivos eran ‘llorones’ nomás (.) y aunque después uno estudia otras cosas (.) eso igual sigue apareciendo en la cabeza (.) como que uno lo tiene aprendido desde antes (.) y a veces (.) sin querer (.) se le sale ((baja la voz)) (1.0) y eso en Medicina es complicado (.) porque se supone que debemos tener una mirada profesional (.) pero los sesgos que uno trae también influyen en cómo mira al paciente”.

Entrevista N°6, Kinesiología:

“(0.9) Una vez una compañera dijo que los trastornos de personalidad eran igual que tener doble vida (.) como en las películas (.) y nadie le dijo nada (.) como que quedó ahí (.) entonces uno piensa que igual esas cosas (.) aunque sean falsas (.) se siguen repitiendo (.) y cuando uno las escucha tantas veces (.) se terminan creyendo un poco (.) aunque después uno sepa que no son así”.

Entrevista N°9, Kinesiología:

“(0.8) A mí me dijeron que la esquizofrenia era como tener varias personalidades (.) y yo creí eso por años (.) hasta que entré a la universidad (.) y caché que no era así (.) pero igual es brígido porque uno piensa cosas que no tienen nada que ver (.) y lo peor es que (.) a veces los mismos profes no lo aclaran (.) entonces esas ideas siguen dando vueltas (.) y afectan cómo uno ve a las personas”.

Entrevista N°13, Medicina:

“(1.2) Me ha tocado escuchar que ‘los locos son peligrosos’ (.) así (.) tal cual (.) y eso viene de la tele (.) de las películas (.) porque ahí siempre muestran a alguien con problemas mentales como el asesino o el raro (.) entonces uno (.) sin darse cuenta (.) lo asocia con eso (.) y aunque te enseñen lo contrario (.) igual cuesta borrar esa imagen (.) sobre todo si nunca has tenido contacto directo”.

Entrevista N°15, Kinesiología:

“(0.6) Mi abuela decía que los nervios eran cosa de flojos (.) que había que ponerle ánimo y ya (.) entonces cuando chica si alguien tenía depresión yo pensaba que era exagerado (.) o que se hacía el enfermo (.) y eso igual cuesta cambiarlo (.) porque son ideas que uno escucha toda la vida (.) y que después te das cuenta que hacen daño (.) porque invalidan el sufrimiento”.

Entrevista N°17, Psicología:

“(1.0) Yo escuché que los psiquiatras inventan diagnósticos para vender medicamentos (.) y que en verdad (.) no existen esas enfermedades (.) y aunque uno sabe que no es así (.) igual hay gente que lo cree (.) y repite eso como si fuera verdad (.) sobre todo en redes sociales (.) y eso genera desconfianza en los tratamientos (.) hace que la gente no quiera atenderse (.) o que lo vea como una exageración”.

Entrevista N°20, Enfermería:

“(0.5) He escuchado que si tú tienes depresión y haces deporte (.) se te pasa (.) como que todo es cosa de actitud (.) y eso se dice harto (.) pero no siempre es así (.) o sea (.) puede ayudar pero no es mágico (.) y eso a veces hace que la gente no se tome en serio lo que le pasa a otros”.

Los relatos recogidos en esta dimensión revelaron cómo los mitos sociales funcionaban como marcos interpretativos que influían en la comprensión que los estudiantes tenían sobre los trastornos mentales. Estas creencias, muchas veces sin base científica, se construían desde imaginarios colectivos que asociaban la enfermedad mental con peligrosidad, dualidad de personalidad o pérdida total de control. Tales ideas, reproducidas en medios de comunicación, redes sociales e incluso por referentes cercanos, permeaban los discursos de futuros profesionales, generando distorsiones que podían incidir negativamente en su futura práctica clínica.

Se evidenció que estos mitos, lejos de ser marginales, circulaban con fuerza en espacios académicos y cotidianos, muchas veces sin ser cuestionados. Esto reforzaba la necesidad de incorporar estrategias formativas que promovieran el pensamiento crítico y la alfabetización en salud mental, de modo que los estudiantes pudieran distinguir entre saberes científicos y creencias infundadas. En este contexto, la persistencia de los mitos representaba una barrera estructural para el desarrollo de una atención digna y desestigmatizante.

Dimensión N°4: Desinformación y simplificación

Esta dimensión reflejó discursos que evidenciaron un conocimiento limitado o superficial sobre trastornos mentales, basado en explicaciones simplificadas, estereotipadas o carentes de fundamentación científica. Los estudiantes manifestaron dificultades para comprender la complejidad del malestar psíquico, recurriendo a interpretaciones generales o prejuicios culturales.

Entrevistado N°4, Medicina:

“La verdad no manejo mucho sobre salud mental (.) sé lo básico que todo el mundo dice (.) como que la depresión es estar triste (.) o que la ansiedad es estar nervioso (.) pero no sé mucho más que eso (.) nunca me han explicado más a fondo y tampoco he investigado por mi cuenta (.) <creo que igual hay hartoo prejuicio porque la gente simplifica demasiado>”.

Entrevistado N°9, Kinesiología:

“Yo pensaba que la bipolaridad era como cambiar rápido de ánimo (.) así como decir ‘hoy estoy bipolar’ porque estoy alegre en la mañana y triste en la tarde (.) pero después me explicaron que no es así (.) es mucho más complejo (.) <uno tiende a reducir todo a algo fácil porque no entiende realmente lo que implica vivir con un trastorno así>”.

Entrevistado N°15, Kinesiología:

“Honestamente no sé muy bien cómo funcionan los trastornos mentales (.) <siempre pensé que eran problemas que la gente podía controlar si se esforzaba lo suficiente> (.) ahora entiendo que eso es una simplificación (.) pero en realidad nadie nos enseña sobre esto en serio (.) ni en el colegio ni ahora en la universidad (.) queda todo muy superficial”.

Entrevistada N°14, Psicología:

“Al principio pensaba que la depresión era simplemente estar triste, algo pasajero (.) y que si la persona se esforzaba más, lo superaba (.) Pero al aprender más sobre el tema, vi que no es algo que se elige (.) <es una condición real, difícil de manejar (.) me sentí muy ignorante por haber pensado así antes> (.) Falta mucha educación en general sobre estos temas”.

Entrevistado N°16, Psicología:

“Creo que antes simplificaba mucho el tema de la ansiedad, pensaba que era nerviosismo pasajero o estrés común (.) pero ahora sé que es algo bastante serio y profundo (.) <nos falta entender realmente qué sienten quienes lo viven (.) no es solamente una etiqueta o algo que pasa fácilmente si uno se tranquiliza> (.) Me di cuenta de que nos quedamos con ideas muy superficiales si no investigamos a fondo”.

Entrevistada N°17, Psicología:

“Tenía muchas ideas simplistas sobre la esquizofrenia, creía que solo era escuchar voces y ser impredecible (.) Después, en la carrera, vi que era mucho más complejo (.) <la gente con esquizofrenia no es como en las películas (.) la realidad clínica es otra cosa (.) y a veces da vergüenza pensar cuánto desconocimiento circula y lo simplificado que está todo>”.

Entrevistada N°19, Obstetricia:

“Mi idea inicial de alguien con esquizofrenia era que escuchaba voces y era peligroso (.) después vi en clases que no siempre es así (.) <me di cuenta de que tenemos demasiadas ideas equivocadas (.) y que simplificamos porque nadie explica bien esto> (.) <falta mucha educación al respecto>”.

Entrevistada N°21, Obstetricia:

“Antes pensaba que la ansiedad era solo exagerar las cosas (.) que era algo que uno elegía (.) después entendí que no era una opción (.) <pero eso me costó entenderlo> (.) es fácil simplificar cuando uno no sabe realmente lo que la persona siente por dentro”.

Entrevistado N°25, Trabajo Social:

“Me di cuenta que tenía demasiadas ideas erróneas sobre lo que significa tener un trastorno mental (.) como pensar que las personas se lo inventan o que es solo una cuestión de voluntad (.) <ahora sé que eso no tiene nada que ver con la realidad (.) es una simplificación enorme>”.

Entrevistada N°26, Trabajo Social:

“Crecí pensando que la depresión era una excusa para no hacer cosas (.) que era como flojera o debilidad (.) después me informé mejor y vi que era una enfermedad real (.) <creo que la sociedad simplifica mucho porque falta educación sobre estos temas>”.

Entrevistado N°27, Psicología:

“Al comienzo pensaba que la bipolaridad era cambiar rápido de ánimo (.) algo así como estar alegre y al rato triste, eso que dice la gente comúnmente (.) <pero luego comprendí que es un trastorno grave, que implica episodios de gran dificultad emocional> (.) Nos falta mucha formación para derribar estos mitos, porque no basta con lo que se habla coloquialmente, hay que estudiarlo a fondo”.

Los relatos recogidos reflejaron claramente cómo la falta de formación sistemática y profunda en temas de salud mental propició la prevalencia de concepciones superficiales y prejuiciosas. Esta desinformación y simplificación no solo disminuyó la calidad de la intervención profesional, sino que reforzó ideas erradas sobre los trastornos mentales. Las entrevistas revelaron que incluso estudiantes con formación específica inicialmente sostuvieron creencias simplificadas,

lo cual acentuó la necesidad de introducir enfoques críticos y rigurosos desde etapas tempranas de la formación universitaria. Por tanto, esta dimensión evidenció que abordar esta problemática implica desarrollar estrategias educativas integrales que permitan a los futuros profesionales adquirir un conocimiento científico sólido, con capacidad de cuestionar mitos sociales y percepciones erróneas en torno a la salud mental.

Dimensión N°5: Estereotipos naturalizados

Esta dimensión agrupa discursos en los que se observa la incorporación de prejuicios hacia personas con diagnóstico de trastorno mental como parte del lenguaje cotidiano, tanto entre pares como en contextos formativos. Aunque algunos participantes reconocieron críticamente este fenómeno, muchos reproducen estereotipos sin plena conciencia de ello. Estas expresiones refuerzan visiones estigmatizantes y reflejan una falta de problematización social e institucional.

Entrevista N°4, Medicina:

“Es como un código entre compañeros <‘oye está media esquizo’> o <‘me dio la crisis’> como si fuera chistoso (.) pero si lo piensas es súper violento (0.4) solo que uno ya lo tiene incorporado (.) como algo común (.) y eso al final refuerza el estigma (.) incluso en quienes vamos a trabajar con personas”.

Entrevista N°7, Kinesiología:

“((ríe)) En la U un profe dijo que <‘todos los bipolares son inestables en todo sentido’> (.) y como que nadie dijo nada (.) se rieron (.) y eso igual se queda (0.5) como que uno lo repite después como si fuera normal (.) y eso es fuerte (.) porque si un docente lo dice (.) uno lo integra (.) como parte del conocimiento (.) aunque esté lleno de estereotipos”.

Entrevista N°9, Kinesiología:

“A veces los pacientes que tienen diagnóstico como que se vuelven tema (.) <‘el loco de tal sala’> o cosas así (.) y eso lo decimos sin mala intención (0.6) pero igual es feo (.) es como normalizar una burla (.) y después cuesta ver a la persona como alguien completo (.) ya se queda marcada”.

Entrevista N°15, Kinesiología:

“Yo he escuchado a compañeros decir cosas como <‘ella es depresiva, por eso es tan floja’> (.) y nadie les dice nada (0.8) como si fuera algo lógico (.) pero después uno empieza a pensar y no es tan así (.) porque hay personas que viven con depresión y hacen mil cosas igual (.) y eso no se ve (.) solo se juzga desde afuera”.

Entrevista N°20, Enfermería:

“Yo me di cuenta que a veces hablaba así también (.) como diciendo <‘anda bipolar’> o cosas parecidas (.) pero lo escuché tanto en la casa, en la escuela, en la U (.) que no me parecía raro (.) hasta que lo vi desde otro lado (.) y entendí que eso también es parte del problema (.) no es neutro (.) refuerza una forma de mirar a las personas desde el prejuicio”.

Entrevista N°22, Trabajo Social:

“Es común que se hagan chistes con eso (.) tipo <‘te está dando la crisis, estás loca’> o <‘te falta pastilla’> (.) y uno mismo a veces lo dice sin pensarlo mucho (.) como si fuera parte del lenguaje de todos los días (.) pero cuando lo piensas bien (.) es súper ofensivo (.) y puede hacer sentir mal a alguien que lo está pasando de verdad”.

Se evidencian muchos estereotipos sobre la salud mental se han integrado al lenguaje y a la cultura cotidiana de los estudiantes. Si bien no siempre son emitidos con intención discriminatoria, su repetición y falta de cuestionamiento refuerzan visiones negativas sobre las personas con

diagnóstico. Esta dimensión muestra que el estigma puede operar de forma sutil, desde lo lingüístico y relacional, y que su desarticulación requiere procesos educativos y reflexivos intencionados.

OBJETIVO ESPECÍFICO N°3

Identificar actitudes discriminatorias que tienen los estudiantes de carreras de la salud hacia las personas que presentan diagnósticos de trastorno mental.

Categoría: Estigma y discriminación

Esta categoría explora cómo los estudiantes reproducen, resisten o reflexionan sobre actitudes discriminatorias hacia personas con diagnóstico psiquiátrico. Las entrevistas permiten observar distintas formas de estigmatización, desde las más explícitas hasta expresiones más sutiles, normalizadas en el lenguaje o las prácticas institucionales.

Tabla 7.

Resumen tema primario: "Estigma y discriminación".

Dimensión	Descripción	Tendencias principales
Dimensión N°1: Estigma público	Manifestaciones abiertas de rechazo, burla o exclusión hacia personas con diagnóstico, observadas en contextos clínicos, sociales y académicos.	Expresiones explícitas de rechazo. Normalización del estigma en lenguaje profesional y cotidiano.
Dimensión N°2: Estigma estructural	Reproducción de desigualdades y barreras desde las propias instituciones educativas o de salud, que afectan el trato o las oportunidades.	Falta de protocolos inclusivos; poca preparación institucional.
Dimensión N°3: Estigma percibido	Percepción que tienen las personas sobre ser potencialmente juzgadas o rechazadas por tener un diagnóstico, lo que limita su participación social.	Miedo a ser estigmatizado; autoexclusión por anticipación.

Dimensión N°4: Estigma por asociación	Discriminación o juicio hacia quienes tienen vínculos cercanos con personas diagnosticadas.	Distancia social hacia familiares o amigos.
Dimensión N°5: Autoestigma	Interiorización del estigma, generando sentimientos de vergüenza, culpa o inseguridad en quienes han vivido un diagnóstico.	Impacto emocional profundo; inhibición de la autoexpresión.

Fuente: Elaboración propia.

Dimensión 1: Estigma público

Esta dimensión evidencia actitudes explícitas de discriminación, rechazo o burla hacia personas con diagnóstico psiquiátrico. Estas prácticas están normalizadas en espacios clínicos, académicos o sociales, y se reproducen incluso por estudiantes en formación. Las expresiones incluyen lenguaje despectivo, distanciamiento emocional y exclusión simbólica.

Entrevista N°1, Trabajo Social:

“Una vez un compañero dijo que las personas con esquizofrenia no deberían estudiar porque pueden poner en riesgo a otros (0.9) y nadie le dijo nada (.) <yo me quedé pensando que esa idea está muy metida todavía> (0.6) como que hay un miedo muy fuerte a lo desconocido (.) y eso se nota cuando se habla de estos temas (.) incluso en espacios universitarios donde se supone que debería haber más apertura (.) entonces igual uno se pregunta si lo que aprende es suficiente para enfrentar esos prejuicios”.

Entrevista N°6, Kinesiología:

“Hay profes que dicen cosas como <‘los pacientes psiquiátricos son difíciles’> o ‘hay que tener ojo con ellos’ (0.5) y uno lo toma como una advertencia (.) no se cuestiona si eso es estigmatizante (0.8) pero después pensándolo bien (.) igual te queda esa idea en la cabeza (.) como que tienes que tener cuidado extra con esas personas (.) y eso genera distancia (.) aunque no siempre uno quiera actuar así”.

Entrevista N°7, Kinesiología:

“En práctica me dijeron que tuviera cuidado con un paciente ‘porque tenía diagnóstico’ (0.6) y eso me generó miedo automático (.) después entendí que no era así (.) pero igual esa idea se instala (0.7) como que el solo hecho de tener un diagnóstico ya cambia la forma en que uno lo mira o lo trata (.) y eso es fuerte (.) porque condiciona tu manera de actuar antes de conocer a la persona”.

Entrevista N°12, Medicina:

“En clases o en práctica a veces los profes dicen cosas como: <‘ese es el esquizo’> (.) y aunque sea broma o costumbre <igual pega fuerte> (1.0) porque uno se queda con eso (.) con el rótulo (0.7) y después cuesta cambiar la forma en que uno ve a ese paciente (.) como que sin querer ya lo encasillaste (.) y eso se transmite incluso sin palabras”.

Entrevista N°19, Obstetricia:

“Una vez en práctica un profe dijo: ‘ah, ese es el esquizo’ (0.4) y todos se rieron (.) pero yo quedé pensando (.) como que esa palabra (.) ya lo dejaba marcado para todo (.) <nadie lo vio más allá del diagnóstico> (.) y me dio pena porque ni siquiera sabíamos bien qué le pasaba (.) solo se le veía distinto y eso bastaba para etiquetarlo (.) entonces uno se pregunta si realmente estamos aprendiendo a cuidar o solo a repetir lo que nos dicen”.

Los relatos comprueban actitudes discriminatorias explícitas hacia personas con diagnóstico de trastorno mental, incluso en espacios formativos. El uso de apodosos ofensivos, advertencias infundadas o comentarios que refuerzan el temor ante el diagnóstico reflejan una práctica estigmatizante arraigada, reproducida tanto por profesionales como por estudiantes. Expresiones como “ese es el esquizo” o “ten cuidado con él” instalan una narrativa que asocia el diagnóstico con peligrosidad o dificultad, condicionando anticipadamente el vínculo con estas personas.

Estas actitudes suelen pasar inadvertidas o no son cuestionadas en el ámbito educativo, lo que refuerza su legitimidad y dificulta el desarrollo de una postura crítica. No obstante, también emergen voces reflexivas que problematizan estas prácticas, reconociendo su impacto en la atención clínica y en la percepción social. El estigma público se configura, así como una forma de violencia simbólica que restringe derechos y refuerza la exclusión desde una lógica abierta y normalizada.

Dimensión N°2: Estigma estructural

Hace referencia a actitudes discriminatorias promovidas desde las propias instituciones, ya sea por omisión o por prácticas naturalizadas. Incluye la falta de protocolos, escasa formación docente o atención desigual hacia personas con trastorno mental.

Entrevista N°5, Trabajo Social:

En la facultad a veces se hacen chistes con términos como ‘psicópata’ o ‘borderline’ (0.4) y uno piensa que es una forma de alivianar (.) pero igual es raro (.) estamos estudiando salud mental”.

Entrevista N°13, Medicina:

“Aunque se hable de salud mental en las campañas (.) en la realidad (0.7) en los hospitales o universidades no se considera igual (.) si alguien tiene un diagnóstico psiquiátrico hay que tener

más cuidado (.) pero no desde el respeto sino desde el temor (.) como si fuera alguien que puede descompensarse en cualquier momento (.) siento que hay un doble discurso (.) porque se promueve la inclusión pero en la práctica se les margina igual”.

Entrevista N°18, Medicina:

“En el hospital me pasó que un paciente dijo que tenía depresión y el médico que lo atendía dijo: ‘todos dicen eso ahora’ (0.6) y le pidió que se pusiera las pilas (.) fue fuerte (.) porque uno espera que los profesionales entiendan y escuchen (.) pero ahí sentí que se minimizó lo que el paciente decía (.) como si estuviera exagerando o buscando excusas (.) y eso me dejó pensando en cuánto prejuicio todavía hay”.

Entrevista N°20, Enfermería:

“Mi hermana tiene un diagnóstico y lo ha ocultado siempre porque dice que si alguien se entera (.) no le van a dar pega o la van a mirar diferente (0.6) y eso la hace sufrir más que el diagnóstico en sí (.) como que vive con ese miedo constante (.) de que la juzguen (.) incluso en la familia o en el trabajo (.) y eso la mantiene en silencio (.) sin poder hablar de lo que le pasa”.

Los relatos analizados revelan que las propias instituciones educativas y de salud pueden reproducir formas de estigmatización, tanto por omisión como por discursos normalizados. Se evidencian prácticas como la banalización del sufrimiento psíquico, el uso de lenguaje despectivo incluso en espacios formativos, y la escasa preparación para abordar adecuadamente la salud mental. La falta de protocolos claros, junto con la escasa problematización del estigma en la formación docente, refuerzan una lógica de exclusión que afecta directamente la atención y el reconocimiento de las personas con diagnóstico. Estas actitudes estructurales perpetúan barreras que dificultan la integración de una mirada respetuosa y comprensiva dentro del quehacer clínico y académico.

Dimensión N°3: Estigma percibido

Relatos que evidencian el temor de ser juzgados o excluidos por tener un diagnóstico. Esta percepción limita la búsqueda de ayuda o la participación social. Algunos estudiantes han vivido estas experiencias directa o indirectamente.

Entrevista N°8, Obstetricia:

“Yo creo que muchas veces se hace diferencia sin querer (0.5) <uno mismo evita ciertos temas> o se siente incómodo sin saber por qué (.) eso me hace pensar cuánto estigma hay incluso en uno (0.6) porque aunque uno estudie salud (.) igual aparecen esas barreras (.) como una sensación automática que te frena o te hace guardar silencio (.) y después uno se pregunta por qué fue así (.) y no siempre tiene respuesta”.

Entrevista N°13, Medicina:

“Yo nunca he dicho en práctica que una vez estuve en tratamiento por crisis de pánico (0.5) <siento que eso me puede jugar en contra> (0.7) porque a veces hay como una idea de que si tú tuviste algo (.) no eres confiable para trabajar en salud (.) como si fuera una debilidad (.) entonces mejor callarse (.) aunque no debería ser así (.) igual uno se cuida de contar esas cosas”.

Entrevista N°18, Medicina:

“A una amiga le dijeron: ‘yo no saldría con alguien depresivo’ (0.8) como si eso definiera todo (.) entonces el diagnóstico para mucha gente es una sentencia (.) <te encasillan y listo> (0.6) y aunque tú trates de explicar (.) igual queda esa barrera (.) como si ya no fueras confiable para una relación o para vivir tranquilo con otros (.) eso duele más que los síntomas a veces”.

Entrevista N°23, Trabajo Social:

“Cuando uno escucha ‘trastorno’ ya como que se imagina a alguien que puede ser agresivo (0.5) <y aunque uno lo cuestione igual se te viene eso a la cabeza> (.) como que hay algo aprendido desde antes (.) que aunque tengas más información (.) igual aparece esa imagen primero (.) después uno puede cambiarla (.) pero el prejuicio es automático (.) casi inconsciente”.

Esta dimensión evidencia cómo el estigma no solo se manifiesta en actitudes explícitas, sino también en el temor internalizado de ser juzgados o excluidos por tener un diagnóstico. Algunos estudiantes relatan experiencias propias o cercanas donde se evitó hablar de salud mental por miedo a ser rechazados o considerados inadecuados para ejercer en el ámbito de la salud. Esta percepción de desconfianza y vulnerabilidad genera que se creen silencios y limita tanto la búsqueda de ayuda como la posibilidad de expresar vivencias personales. A pesar de la formación en salud, persisten barreras simbólicas que refuerzan la autoexclusión y dificultan la construcción de espacios genuinamente inclusivos.

Dimensión N°4: Estigma por asociación.

Esta dimensión refleja cómo algunos estudiantes también vivieron el estigma de manera indirecta (por tener familiares diagnosticados) o directa (por haber atravesado ellos mismos un trastorno mental). En ambos casos, emergieron sentimientos de vergüenza, necesidad de ocultamiento, y miedo a ser juzgados, tanto por sus pares como por docentes o usuarios. El peso simbólico del diagnóstico, incluso cuando no es explícito, genera dudas sobre la legitimidad del propio rol profesional y evidencia una forma de estigma internalizado.

Entrevista N°4, Medicina:

“Cuando era chico, un primo mío tenía ‘una cosa en la cabeza’ decía mi familia (.) y nos decían que no había que estar cerca de él (.) <entonces uno crece con miedo (.) y hasta vergüenza de tener a alguien así en la familia> (.) ahora me doy cuenta de lo injusto que fue eso (.) pero igual cuesta sacarse esas ideas de encima”.

Entrevista N°5, Trabajo Social:

“Mi mamá siempre decía que una tía estaba ‘media loca’ y que no había que invitarla a reuniones (.) <eso me quedó muy marcado> (.) y ahora cuando trabajo con personas con diagnóstico a veces se me cruzan esas frases viejas (.) aunque quiera no pensar así (.) igual están ahí (.) como parte de uno”.

Entrevista N°8, Obstetricia:

“A veces uno tiene más empatía porque lo ha vivido cerca (.) en mi caso, mi papá estuvo con depresión muchos años (.) <y aunque eso me hizo ver las cosas con otros ojos (.) también me hizo guardar silencio> (.) siento que si cuento eso en clases van a pensar que soy débil o que estoy demasiado involucrada (.) y uno quiere parecer profesional (.) aunque por dentro tengas tu propia historia”.

Entrevista N°12, Medicina:

“Tuve ataques de pánico el primer año de universidad (.) fui al psicólogo pero nunca lo conté (.) <uno siente que eso te resta credibilidad> (.) como si la salud mental fuera solo para los demás (.) no para uno”.

Entrevista N°13, Medicina:

“Yo estuve en tratamiento por ansiedad el año pasado (.) y no lo he contado nunca (.) ni siquiera a mis compañeros (.) <me da miedo que piensen que no estoy capacitada para esto> (.)”

como si por haber necesitado ayuda uno quedara marcado (.) a veces siento que estoy siendo hipócrita atendiendo a otros cuando yo también necesito ayuda”.

Entrevista N°16, Psicología:

“En mi familia hubo varios casos de depresión (.) y siempre se hablaba en secreto (.) <como si fuera algo de lo que había que avergonzarse> (.) cuando entré a la carrera me dije que eso tenía que cambiar (.) pero igual me cuesta hablar de eso (.) siento que me van a mirar raro o con lástima”.

Entrevista N°19, Obstetricia:

“Una vez una compañera dijo que ella tenía ansiedad (.) y algunos comenzaron a mirarla como si no pudiera seguir la carrera (.) <y eso me dio miedo, porque yo también tengo diagnóstico> (.) así que no lo cuento (.) aunque creo que podría ayudar a otros si lo hiciera (.) pero prefiero protegerme”.

Entrevista N°21, Obstetricia:

“Mi mamá tuvo trastorno del ánimo y yo lo escondía (.) no quería que mis amigas supieran (.) <ahora me doy cuenta de que ese silencio también es parte del estigma> (.) me enseñaron a no hablar de esas cosas (.) y todavía me cuesta (.) aunque estudie salud”.

Entrevista N°25, Trabajo Social:

“Mi hermana tiene un diagnóstico y lo ha ocultado siempre (.) <eso la hace sufrir más que el diagnóstico en sí> (.) porque cree que si alguien se entera va a cambiar la forma en que la tratan (.) y a veces me pasa lo mismo (.) prefiero no decir que tengo una hermana con diagnóstico (.) como si eso hablara mal de uno también”.

Los relatos evidencian que estas formas de discriminación suelen ser sutiles, pero impactan en la vida cotidiana y en la participación social, afectando la percepción que otros tienen sobre la

confiabilidad, estabilidad o idoneidad de quienes rodean a la persona diagnosticada. Esta forma de estigma, aunque menos visibilizada, opera como un mecanismo de reproducción del miedo y la exclusión, incluso entre estudiantes del área de la salud, quienes reconocen haber sentido o percibido estos juicios en su entorno académico, familiar o laboral.

Dimensión N°5: Autoestigma

Esta dimensión recoge relatos donde los propios estudiantes manifiestan haber interiorizado prejuicios sociales asociados a los trastornos mentales. En estos discursos, el diagnóstico se convierte en una marca que afecta la forma en que se perciben a sí mismos, generando sentimientos de vergüenza, inseguridad o necesidad de ocultamiento. Algunos reconocen haber evitado compartir su experiencia por temor a ser juzgados como poco confiables o emocionalmente inestables. Esta internalización del estigma impacta en la autoestima, en el acceso a redes de apoyo y en la disposición a pedir ayuda.

El autoestigma refleja cómo las representaciones sociales negativas no solo operan a nivel externo, sino que también son asumidas por quienes han vivido un diagnóstico, incluso siendo estudiantes de carreras de la salud. Esta dimensión permite problematizar las barreras invisibles que persisten dentro de los espacios formativos y que dificultan una comprensión empática y libre de juicios hacia la salud mental, incluso en quienes se preparan para trabajar en este ámbito.

Entrevista N°4, Medicina:

“(0.9) A mí me pasó que tuve que ir a terapia un tiempo (.) y me daba vergüenza decirlo (.) como que pensaba que mis compañeros iban a creer que no estaba bien (.) <que no podía con la carrera o que era inestable> (0.8) entonces lo oculté (.) incluso cuando en clases hablábamos de salud mental (.) yo me quedaba callado (.) porque sentía que no podía ser tomado en serio si sabían

eso (.) como si ya no fuera tan capaz como los demás (.) aunque en el fondo sabía que era un prejuicio (.) igual me lo creía un poco”.

Entrevista N°5, Trabajo Social:

“(0.8) Cuando me diagnosticaron ansiedad al principio no quería contarle a nadie (.) porque pensaba que iban a verme diferente (.) como más débil o complicada (0.6) <y eso en el trabajo social pesa> (.) porque una se supone que debe estar fuerte para acompañar a otros (0.7) entonces me sentí como una impostora (.) como que yo no podía tener problemas (.) fue recién después de mucho tiempo que lo hablé (.) pero con miedo todavía”.

Entrevista N°8, Obstetricia:

“Yo siento que una persona que tiene diagnóstico (.) incluso si es algo como ansiedad o depresión (.) ya se autojuzga (.) <como que uno mismo se pone límites> (.) no por el diagnóstico en sí (.) sino por lo que cree que los otros van a pensar (0.9) y eso hace que uno no pida ayuda (.) o que trate de actuar como si todo estuviera bien (.) aunque por dentro esté hecho pedazos (.) yo he pasado por eso (.) y me cuesta mucho decirlo en voz alta”.

Entrevista N°10, Medicina:

“(1.0) En la U nunca conté que estuve medicada por un tiempo (.) porque sentía que eso me iba a hacer ver menos confiable (0.7) <como que no podía fallar> (.) porque si lo hacía iban a pensar que era por eso (.) entonces trataba de rendir más (.) de no faltar a nada (.) de demostrar que estaba ‘normal’ (0.6) y eso me agotaba (.) pero no quería que nadie supiera (.) como si fuera un secreto sucio”.

Entrevista N°13, Medicina:

“(0.7) Yo he tenido episodios depresivos y por eso me cuesta estudiar salud mental (.) me siento muy identificada a veces (.) y eso me asusta (.) porque pienso que si se llega a saber (.) me van a mirar con desconfianza (.) como si yo no fuera capaz de atender pacientes (.) <entonces lo guardo> (0.6) aunque sé que podría aportar desde ahí (.) igual prefiero no hablarlo (.) para no quedar marcada”.

Entrevista N°17, Psicología:

“(0.6) A veces pienso que si yo tuviera un diagnóstico (.) no lo diría (.) ni en la práctica ni en clases (.) porque sé que muchos compañeros aunque no lo digan (.) juzgan igual (.) <como si no fueras tan estable> (.) y eso me parece súper fuerte (.) porque estamos estudiando psicología (.) deberíamos ser los primeros en entender (.) pero igual hay miedo de ser mal visto”.

Entrevista N°20, Enfermería:

“Mi hermana tiene diagnóstico y me ha dicho muchas veces que prefiere no decirlo en el trabajo (.) porque piensa que no le van a dar responsabilidades (0.5) y eso me hace pensar que si yo tuviera algo parecido (.) haría lo mismo (.) <porque la gente juzga desde el prejuicio> (.) no desde el conocimiento (.) y en salud (.) más encima hay una presión de estar siempre bien (.) como si ser profesional significara no tener nunca problemas”.

Entrevista N°23, Trabajo Social:

“Cuando me tocó hablar de salud mental en una presentación (.) sentí que no podía contar mi experiencia personal (.) aunque habría sido útil (.) porque pensé que los profes o mis compañeros me iban a ver como menos profesional (.) <como si por haber pasado por eso (.) no fuera capaz de trabajar con otros> (0.8) y eso me dolió (.) porque no es justo (.) pero igual lo sentí (.) como una autolimitación que aprendí de lo que he visto”.

Los relatos exponen cómo el Autoestigma en torno a los trastornos mentales es interiorizado por los propios estudiantes, afectando su autoimagen y generando sentimientos de inseguridad, vergüenza o autocensura. Este fenómeno, lejos de ser una experiencia aislada, se manifiesta incluso en contextos formativos donde se promueve el discurso de la empatía y el respeto. El autoestigma emerge como una barrera silenciosa que restringe la posibilidad de compartir experiencias personales, solicitar ayuda o reconocerse como sujetos también vulnerables. Esta dimensión sugiere la necesidad de promover entornos académicos que no solo hablen de salud mental, sino que validen emocional y profesionalmente las trayectorias personales de quienes conviven con estas realidades.

OBJETIVO ESPECÍFICO N°4:

Describir las experiencias previas de los estudiantes de salud en relación al contacto y cercanía con personas con diagnóstico de trastorno mental, y explorar cómo estas experiencias han influido en sus actitudes y creencias.

Categoría: Contacto y experiencias previas

Esta categoría permite observar cómo las vivencias personales de los estudiantes, ya sea a través de experiencias directas, familiares, o académica, influyen en la construcción de sus actitudes hacia las personas diagnosticadas con trastornos mentales. Las experiencias de cercanía, cuidado o interacción directa suelen estar asociadas a posturas más comprensivas, mientras que la distancia o la falta de contacto se relaciona con percepciones más prejuiciosas o estereotipadas.

Tabla 8.

Resumen tema primario: "Contacto y experiencias previas".

Dimensión	Descripción	Tendencias principales
Dimensión N°1: Experiencia directa	Interacciones significativas con personas diagnosticadas en contextos personales, académicos o laborales.	Promueve comprensión; reduce estigma. Mayor peso emocional.
Dimensión N°2: Convivencia con pares	Experiencias prolongadas en espacios compartidos (familia, escuela, comunidad).	Fomenta empatía y normalización. Permite desmitificar creencias.
Dimensión N°3: Relatos de cercanía o distancia	Descripciones de cómo el contacto (o su ausencia) afecta las creencias y actitudes.	Mayor cercanía, menor prejuicio; lejanía refuerza estereotipos.

Dimensión N°4:	Reacciones afectivas frente al vínculo con personas diagnosticadas: miedo, angustia, comprensión o admiración.	Influye directamente en la percepción subjetiva y profesional.
Impacto emocional del contacto		

Fuente: Elaboración propia.

Dimensión N°1: Experiencia directa

Esta dimensión se refiere a los relatos donde estudiantes han interactuado directamente con personas con diagnóstico psiquiátrico, ya sea en la práctica clínica, en instancias comunitarias o en su vida cotidiana. Estas experiencias tienden a producir efectos transformadores en las creencias, especialmente cuando el vínculo se da desde la empatía o el cuidado.

Entrevista N°2, Trabajo Social:

“Yo tengo una tía que fue diagnosticada con esquizofrenia cuando yo era chica (.) y recuerdo que mi mamá me decía que ella estaba enferma de la cabeza (0.6) entonces yo crecí con miedo (.) pensaba que podía hacerme daño (.) pero con los años me di cuenta que no era así (.) ahora la entiendo más”.

Entrevista N°8, Obstetricia:

“Cuando me tocó rotar por psiquiatría (.) al principio estaba muy nerviosa (.) porque tenía la idea de que eran pacientes ‘difíciles’ (.) pero después (0.7) me impresionó el nivel de humanidad que había (.) <había una señora que solo quería conversar (.) me contó su historia y fue muy fuerte (.) lloré después porque me hizo sentido lo sola que estaba>”.

Entrevista N°10, Medicina:

“En el hospital nos tocó un paciente con diagnóstico de bipolaridad (.) al principio uno tiene susto porque no sabe qué esperar (.) pero conversando con él te das cuenta que (0.8) es una persona

como cualquiera (.) con más sufrimiento quizás (.) pero súper lúcido (.) ahí uno se cuestiona todo lo que creía”.

Entrevista N°13, Medicina:

“En la práctica vi a una mujer con esquizofrenia y el médico tratante le hablaba muy brusco (0.9) me dio rabia (.) <porque ella entendía todo pero le hablaban como si no supiera nada (.) me acerqué después y me dijo gracias por tratarla bien (.) eso me marcó mucho>”.

Entrevista N°9, Kinesiología:

“Mi hermano tiene diagnóstico de ansiedad generalizada (.) y vivir con él me ha hecho ver que no es algo tan lejano (.) que cualquiera puede tener algo así (.) y que no siempre se nota (.) entonces uno empieza a cuidar más las palabras y los juicios”.

Entrevista N°18, Medicina:

“Trabajé en un hogar donde varios niños tenían diagnóstico (.) y la mayoría eran muy cariñosos (.) solo que necesitaban rutina (.) <me cambió la forma de verlos (.) porque antes pensaba que eran ‘complicados’ pero en realidad estaban desregulados por lo que habían vivido>”.

“Una vez estuve en un voluntariado y compartí con una chica con depresión mayor (.) al principio yo no sabía cómo tratarla (.) pero después de varios días (.) entendí que solo necesitaba alguien que la escuchara (.) eso me hizo pensar que a veces uno complica todo porque no entiende”.

Entrevista N°21, Obstetricia:

“Fui voluntario en un programa comunitario de salud mental (.) al principio era muy reticente (.) pero después conocí a personas que tenían diagnóstico y trabajaban, estudiaban (.) <y me dije: esto no es como lo pintan>”.

Entrevistada N°17, Psicología:

“Yo hice práctica en un centro comunitario y atendí a una persona con diagnóstico de esquizoafectivo (.) fue desafiante pero también muy enriquecedor (.) aprendí que el diagnóstico no define a la persona (.) lo que importa es el vínculo que uno logre establecer”.

El contacto directo con personas diagnosticadas produce un quiebre en las representaciones previas, muchas veces surgidas desde el miedo, la desinformación o el estereotipo. Las experiencias relatadas, ya sean familiares, contextos formativos o comunitarias, permiten una resignificación del diagnóstico, donde se reemplaza la imagen del “otro peligroso” por la de una persona con historia, emociones y necesidades legítimas. La cercanía genera efectos transformadores, promoviendo la empatía, el reconocimiento de la humanidad compartida y el cuestionamiento de las propias creencias. En muchos casos, este contacto opera como un punto de inflexión en la formación profesional, demostrando el potencial del vínculo humano como herramienta pedagógica.

Dimensión N°2: Convivencia con pares

Incluye experiencias prolongadas con personas diagnosticadas en espacios de vida cotidiana, como el hogar, la escuela o amistades cercanas. Estas vivencias tienden a reducir el estigma, fomentar la empatía y cambiar las concepciones previas, aunque también pueden generar ambivalencias si el contexto fue difícil.

Entrevistado N°3, Trabajo Social:

“Conviví un semestre con un compañero diagnosticado con ansiedad generalizada (0.5) y al principio era raro (.) <porque uno no sabe cómo actuar> pero luego (.) conversando (.) me di cuenta que era más común de lo que pensaba”.

Entrevista N°7, Kinesiología:

“En primer año una compañera contó que tenía depresión (.) al principio me asusté (.) pensaba que podía ‘colapsar’ en clases o algo (.) pero con el tiempo vi que era súper comprometida (.) incluso más que otras (.) ahí entendí que tener diagnóstico no es sinónimo de incapacidad”.

Entrevista N°11, Obstetricia:

“Mi primo fue diagnosticado con depresión cuando era adolescente (0.5) y vivió con nosotros un tiempo (.) <yo veía que dormía todo el día y no entendía> (0.6) después (.) entendí que no era flojera (.) sino que estaba realmente mal (.) fue fuerte verlo así”.

Entrevistado N°16, Psicología:

“Viví en pensión con alguien con diagnóstico de TLP (.) al principio fue difícil entender sus cambios de ánimo (.) pero después (0.7) logré conectar desde otro lugar (.) más humano que clínico”.

Entrevista N°23, Trabajo Social:

“Tenía una amiga con trastorno de alimentación (.) y ver cómo sufría en silencio me marcó (.) me di cuenta que no todos los diagnósticos se notan (.) y que la apariencia engaña mucho”.

La convivencia prolongada con personas con algún diagnóstico de trastorno mental, ya sea en el hogar, la universidad o espacios compartidos, aparece como una experiencia significativa que tiende a reducir el estigma y transformar percepciones iniciales marcadas por el temor o el desconocimiento. A través del vínculo diario, los estudiantes comienzan a cuestionar creencias preconcebidas sobre trastornos mentales, reconociendo la humanidad y complejidad de las personas más allá de su diagnóstico. Estas experiencias también revelan procesos de aprendizaje emocional, donde la empatía no surge desde la teoría, sino desde el contacto directo con el sufrimiento y la resiliencia del otro. Sin embargo, también se observan emociones contradictorias,

especialmente cuando las experiencias de convivencia estuvieron marcadas por dificultades relacionales o falta de apoyo contextual, lo que evidencia que la cercanía no siempre garantiza una comprensión plena, pero sí abre posibilidades para cuestionar prejuicios arraigados.

Dimensión N°3: Relatos de cercanía o distancia

Relatos que contrastan experiencias de cercanía, que humanizan el diagnóstico, con experiencias lejanas o nulas, que tienden a reforzar prejuicios. Muchos estudiantes reconocen que el contacto reduce el temor y aumenta la comprensión.

Entrevista N°7, Kinesiología:

“Me acuerdo que cuando un profe nos mostró una película sobre esquizofrenia (.) varios se rieron en algunas partes (.) <yo también> (.) porque había escenas raras o incómodas (.) pero ahora que pienso en eso me da vergüenza (.) <uno se burla de lo que no conoce> (.) y en el fondo (.) lo que no entiende o lo que le da miedo (.) y ahí me di cuenta que a veces el estigma está en los gestos más chicos”.

Entrevista N°8, Obstetricia:

“Antes pensaba que las personas con trastornos eran más violentas (.) como que te podían hacer algo sin razón (.) pero después de conocer a varios en talleres (.) <me di cuenta que muchas veces están más atentos a no dañar que nosotros mismos> (.) eran respetuosos (.) preguntaban si algo estaba bien o mal (.) y eso me hizo cuestionar mis prejuicios”.

Entrevista N°24, Trabajo Social:

“Yo no conocía a nadie con diagnóstico (.) y pensaba que era algo que ‘le pasaba a otros’ (.) <pero después mi compañero tuvo una crisis y me hizo ver que puede ser cualquiera> (.) me di cuenta

de que no hay un 'tipo de persona' con trastorno mental (.) puede ser alguien que estudia contigo (.) que trabaja contigo (.) o incluso tú misma (.) y eso me cambió la mirada completamente”.

Los testimonios reunidos en esta dimensión permiten observar cómo la cercanía concreta con personas diagnosticadas con algún trastorno mental puede transformar las percepciones previas, reduciendo el estigma y promoviendo actitudes más empáticas. En contraposición, quienes no han tenido experiencias directas suelen reproducir imágenes distorsionadas o temerosas. El contacto, aunque breve, facilita la humanización del diagnóstico y la revisión crítica de ideas preconcebidas, mientras que la distancia contribuye a mantener visiones estereotipadas o ajenas al propio entorno.

Dimensión N°4: Impacto emocional del contacto

Esta dimensión agrupa experiencias que dejaron huella emocional en los estudiantes, ya sea por conmoción, identificación, incomodidad o transformación interna. Estas vivencias marcan su forma de abordar a las personas con diagnóstico, con mayor conciencia.

Entrevista N°5, Trabajo Social:

“Escuché a una compañera contar que tenía trastorno de ansiedad (.) y me impresionó su valentía (.) <yo nunca hubiera imaginado por cómo se comportaba> (.) era súper ordenada (.) hablaba en clases (.) y se veía muy segura (.) desde ahí trato de no suponer nada por apariencia (.) porque uno nunca sabe por lo que está pasando la otra persona”.

Entrevista N°13, Medicina:

“Me dio miedo al principio cuando un paciente tuvo una crisis (.) <no sabía qué hacer> (.) me quedé paralizado (.) fue muy fuerte (.) pero después me explicaron lo que estaba pasando y cómo actuar (.) y fue muy distinto (.) ahora siento que puedo acompañar mejor (.) ya no desde el susto (.) sino desde el conocimiento”.

Entrevista N°19, Obstetricia:

“Vi a una paciente que se autolesionaba y eso me impactó mucho (.) <sentí pena y también impotencia> porque no sabía cómo ayudarla (.) nadie nos había preparado para enfrentar eso en la práctica (.) después de eso empecé a estudiar más del tema (.) leer (.) preguntar (.) porque entendí que no basta con sentir (.) hay que saber cómo intervenir”.

Las experiencias previas de contacto se manifestaron como un factor determinante en la configuración de actitudes hacia personas con diagnóstico de trastorno mental. La cercanía vivida a través de vínculos familiares, interacciones académicas o espacios de cuidado favoreció la desarticulación de estereotipos, una comprensión más empática del sufrimiento psíquico y el cuestionamiento de discursos normativos presentes en la formación profesional. En contraste, la lejanía o el contacto superficial tendieron a reproducir temores, desinformación y representaciones distorsionadas del diagnóstico. Las vivencias que generaron mayor impacto emocional facilitaron una reflexión más profunda sobre el rol profesional, evidenciando la relevancia de incorporar instancias experienciales tempranas y significativas en los procesos formativos de las carreras de la salud.

OBJETIVO ESPECÍFICO N°5

Describir las experiencias que reconocen los estudiantes en su proceso de formación profesional y que tienen los estudiantes de salud hacia las personas que presentan un diagnóstico de trastorno mental en relación al estigma.

Categoría: Formación profesional y estigma

Esta categoría reúne los relatos que problematizan la manera en que se aborda la salud mental en la formación académica. Los estudiantes describen vacíos formativos, escasa preparación práctica, necesidad de integrar la empatía como herramienta profesional, y proponen mejoras para visibilizar esta temática como eje transversal.

Tabla 9.

Resumen tema primario: "Percepciones sobre la formación profesional en salud mental".

Dimensión	Descripción	Tendencias principales
Dimensión N°1: Formación insuficiente	Se expresa una percepción generalizada de que la formación en salud mental es escasa, superficial o tardía.	Se cuestiona la prioridad otorgada al tema; percepción de vacíos formativos significativos.
Dimensión N°2: Falta de herramientas prácticas	Se evidencia una falta de preparación para enfrentar casos reales, especialmente en contextos clínicos o comunitarios.	Dificultad para intervenir; sensación de inseguridad frente a lo práctico.
Dimensión N°3: Empatía profesional	Discursos que destacan la necesidad de fomentar una mirada comprensiva, ética y humana en el abordaje del sufrimiento psíquico.	La empatía como eje ético-profesional; percibida como insuficientemente promovida.

Dimensión N°4: Visibilización curricular	Críticas a la escasa presencia del tema en la malla curricular, especialmente en carreras no médicas.	El tema aparece de forma tardía o marginal. Alta demanda de mayor inclusión.
Dimensión N°5: Propuestas de mejora	Los estudiantes proponen cambios concretos para fortalecer su formación.	Mayor formación temprana, espacios prácticos y enfoque interdisciplinario.
Dimensión N°6: Desequilibrio entre teoría y práctica	Se describe una distancia entre lo aprendido en teoría y las demandas reales en práctica clínica o social.	Lo aprendido no es aplicable a la realidad. Necesidad de mayor coherencia.

Fuente: Elaboración propia.

Dimensión N°1: Formación insuficiente

Esta dimensión recoge la percepción generalizada de los estudiantes respecto a la escasa formación en salud mental dentro de sus mallas curriculares. Se manifiestan como carencias la poca profundidad teórica, la ausencia de una mirada transversal y la postergación del tema hacia los últimos años. Para muchos, esto genera un sentimiento de desprotección al momento de enfrentar situaciones reales relacionadas con el sufrimiento psíquico.

Entrevista N°8, Obstetricia:

“En la carrera tenemos muy poco de salud mental (.) recién en cuarto año vimos algo más específico (.) pero siento que es como si no fuera parte de nuestra formación real (.) como si no nos tocara a nosotros. <Lo que más me molesta es que parece que solo algunos tienen que saber del tema (.) como si las matronas nunca fueran a ver a una mujer con depresión posparto o con ansiedad por el parto>”.

Entrevistado N°10, Medicina:

“La mayoría de los ramos son biomédicos (.) y salud mental se ve poco (.) además cuando lo vemos es muy técnico (.) no te enseñan a conversar con alguien que está mal (.) solo a reconocer síntomas y derivar (.) <pero no a lidiar con el dolor emocional (.) ni a sostener a alguien que llora frente a ti>”.

Entrevistada N°17, Psicología:

“Parece irónico (.) pero incluso en Psicología siento que la formación en trastornos mentales es limitada (.) <vemos muchos modelos teóricos (.) autores y enfoques (.) pero pocos casos reales (.) no hay espacio para hablar del sufrimiento en serio (.) desde la experiencia humana y clínica>”.

Los relatos evidencian una percepción compartida de que la formación en salud mental es insuficiente, poco integrada y escasamente priorizada dentro de las mallas curriculares. Esta situación genera una sensación de vacíos en la preparación, especialmente frente a situaciones clínicas reales, lo que refuerza la idea de que la salud mental es secundaria dentro del currículum de las carreras de la salud.

Dimensión N°2: Falta de herramientas prácticas

Aquí se agrupan los relatos que señalan la falta de preparación para intervenir ante situaciones concretas vinculadas a trastornos mentales. Los estudiantes expresan sentir inseguridad, vacilación o desconcierto en sus primeras experiencias clínicas o comunitarias, revelando una desconexión entre el aprendizaje teórico y la práctica asistencial.

Entrevistado N°5, Trabajo Social:

“Los libros te dicen una cosa (.) pero cuando estás frente a alguien en crisis es otra historia (.) <yo no sabía si preguntar algo o solo escuchar (.) me daba miedo decir algo que hiciera peor las cosas (.) eso te hace cuestionar tu preparación y tu rol>”.

Entrevistada N°11, Obstetricia:

“La primera vez que atendí a una paciente con depresión posparto me paralicé (.) no supe qué decir (.) sentí que lo que había aprendido no servía para ese momento (.) <me dijeron ‘acoge’ pero nadie me enseñó cómo hacerlo de verdad (.) me sentí torpe y poco profesional>”.

Entrevista N°20, Enfermería:

“En la práctica me tocó una paciente con diagnóstico psiquiátrico y nadie me preparó para eso (.) <me dijeron ‘trátala normal’ pero qué es eso exactamente (.) ¿qué es lo ‘normal’? (.) no sabía si podía hablar de ciertos temas o si era mejor evitar>”.

Se describe una desconexión entre el aprendizaje teórico y las demandas del ejercicio profesional. Los estudiantes manifiestan inseguridad y frustración al enfrentar casos reales sin contar con herramientas concretas para intervenir, especialmente en situaciones de crisis o malestar emocional.

Dimensión N°3: Empatía profesional

Esta dimensión se enfoca en la necesidad de integrar la empatía como una competencia profesional esencial. Varios discursos apuntan a que, pese a la importancia de la dimensión emocional y relacional del trabajo en salud, ésta no se enseña explícitamente, generando profesionales más técnicos que humanos frente al dolor psíquico.

Entrevistado N°6, Kinesiología:

“Un profe nos dijo que no nos ‘involucrábamos tanto’ con los pacientes psiquiátricos (.) y eso me molestó (.) porque creo que uno no puede ser profesional si no tiene empatía (.) <yo prefiero equivocarme tratando de acompañar que acertar siendo frío> (.) porque en salud (.) más que exactitud a veces se necesita humanidad (.) y eso es lo que no siempre se enseña”.

Entrevistada N°10, Medicina:

“A veces siento que nos enfocamos mucho en lo técnico y nos olvidamos de la persona (.) <tenemos que aprender a acompañar (.) no solo a evaluar o intervenir (.) no es solo ponerle nombre al malestar (.) es estar con el otro en su dolor (.) eso debería ser parte de la ética profesional> (.) porque en el fondo (.) la salud mental no se trata solo de síntomas (.) sino de historias (.) de personas con emociones reales”.

Entrevista N°13, Medicina:

“Me dio miedo al principio cuando un paciente tuvo una crisis (.) <no sabía qué hacer> (.) pero después me explicaron y fue muy distinto (.) ahora siento que puedo acompañar mejor (.) y entendí que estar ahí con la persona es más importante que cualquier técnica”.

Entrevista N°17, Psicología

“(0.7) Al principio me daba miedo trabajar con pacientes con esquizofrenia (.) porque pensaba que podían hacerme algo (.) pero cuando uno conoce y se informa (.) ya no es lo mismo (.) <te das cuenta que muchos solo necesitan comprensión> (.) no todos son agresivos (.) pero cuesta cambiar esa idea (.) sobre todo si no hay una formación clara desde el inicio”.

Entrevista N°23, Trabajo Social:

“La empatía no se enseña con PowerPoint (.) se enseña viendo lo que les pasa a las personas y cómo uno puede hacer diferencia con su trato (.) <en mi caso (.) aprendí más escuchando a los usuarios que en los módulos teóricos> (.) cuando uno ve el sufrimiento o la angustia de alguien (.) se da cuenta que no basta con saber el diagnóstico (.) hay que saber cómo acompañar (.) cómo estar”.

Emergen comentarios a la escasa promoción de la empatía como competencia profesional. Aunque los estudiantes reconocen su importancia en el abordaje de la salud mental, señalan que esta suele quedar relegada frente al énfasis técnico, lo que debilita la capacidad de acompañar desde una perspectiva humana y ética.

Dimensión N°4: Visibilización curricular

Se identifican críticas respecto a la marginalidad con que se presenta la salud mental en los programas académicos. Muchos estudiantes sienten que el tema aparece como un añadido o un contenido optativo, cuando debiese estar presente de manera transversal, dada su relevancia clínica y social.

Entrevistado N°6, Kinesiología:

“Recién en cuarto año tuve un electivo de salud mental (.) antes de eso (.) nada (.) <como si los kinesiólogos no tuviéramos que saber del tema> (.) pero trabajamos con pacientes que tienen dolor crónico y eso también es salud mental (0.8) <y uno se da cuenta tarde que no tiene las herramientas para abordar eso desde lo emocional> (.) como si la formación se quedara corta y esperara que uno lo aprenda solo”.

Entrevista N°8, Obstetricia:

“La malla tiene salud mental (.) pero está todo separado (.) no lo vemos como algo transversal (.) sino como un ramo más (0.6) <y eso hace que uno lo vea como algo ‘optativo’ cuando en realidad es parte del todo> (.) <cuando llegamos a la práctica nos damos cuenta que la salud mental está en todo> (.) pero no nos preparan para eso desde el inicio”.

Entrevista N°11, Obstetricia:

“Se habla mucho de salud mental en teoría (.) pero en la práctica no se profundiza (.) <yo pensé que íbamos a tener más formación clínica (.) pero al final son como pinceladas y uno queda con dudas> (0.8) además depende mucho del profe (.) si le da importancia o no”.

Entrevista N°20, Enfermería:

“Enfermería tiene ramos súper importantes (.) pero salud mental a veces se ve como el ‘relleno’ (.) <nos enseñan lo técnico con mucho detalle (.) pero lo emocional queda de lado> (0.7) y cuando nos enfrentamos a pacientes con crisis o malestar emocional (.) no sabemos bien qué hacer (.) <porque la malla no nos preparó para eso>”.

Entrevista N°23, Trabajo Social:

“La salud mental aparece en el plan de estudio (.) sí (.) pero no de forma profunda (.) <es como si bastara con saber qué es la depresión o la ansiedad> (.) <pero no se enseña cómo acompañar desde el vínculo profesional> (.) y eso lo notas cuando estás frente a un caso real y no sabes cómo contener”.

Los discursos cuestionan la escasa presencia del tema en los planes de estudio, evidenciando su tratamiento como un contenido secundario o complementario, lo que da cuenta de una baja valoración institucional de la salud mental como eje transversal. Se cuestiona su

abordaje como contenido agregado, lo que impacta negativamente en la preparación de los futuros profesionales.

Dimensión N°5: Propuestas de mejora

Esta dimensión reúne las sugerencias entregadas por los propios estudiantes para enriquecer su formación. Se plantean propuestas como incluir formación temprana, prácticas reales con acompañamiento, énfasis en habilidades comunicacionales y un enfoque interdisciplinario que favorezca el trabajo en equipo.

Entrevistado N°6, Kinesiología:

“A mí me gustaría que los ramos de salud mental fueran más prácticos (.) que incluyeran casos reales o simulaciones (.) <porque uno puede saber la teoría (.) pero otra cosa es estar frente a una persona que está sufriendo> (.) y ahí es cuando se nota si estamos preparados o no”.

Entrevistada N°13, Medicina:

“Yo propondría que haya más prácticas tempranas en salud mental (.) <que uno vea desde el principio qué significa acompañar a alguien (.) escuchar su relato (.) saber qué hacer frente al llanto o al silencio>”.

Entrevista N°19, Obstetricia:

“Falta que nos enseñen más cómo hablar con los pacientes (.) no solo dar indicaciones (.) <porque a veces uno no sabe cómo abordar el dolor emocional (.) o qué decir cuando alguien llora> (.) deberíamos tener ramos que trabajen esas habilidades (.) como la escucha activa (.) la contención (.) no solo la técnica”.

Entrevista N°22, Trabajo Social:

“Debería haber más trabajo conjunto entre carreras (.) porque en la vida real uno trabaja en equipo (.) no por separado (.) <si el psicólogo, el médico y el trabajador social no se entienden (.) el paciente queda solo>”.

Los estudiantes expresan diversas estrategias para enriquecer su formación, como incorporar instancias prácticas tempranas, fortalecer el aprendizaje de habilidades comunicacionales y promover enfoques interdisciplinarios. Estas propuestas reflejan una voluntad de transformación desde la propia experiencia formativa.

Dimensión N°6: Desequilibrio entre teoría y práctica

Los estudiantes señalan que existe una brecha importante entre lo aprendido en la teoría y lo que se enfrenta en terreno. Esta distancia genera frustración, inseguridad e incluso sensación de incompetencia. Se plantea la necesidad de mayor integración entre contenidos teóricos, herramientas clínicas y contextos reales de intervención.

Entrevista N°7, Kinesiología:

“En la U uno aprende protocolos y pasos a seguir (.) pero cuando estás con un paciente que está angustiado (.) <no hay protocolo que sirva si no sabes conectar o contener> (.) y eso no lo enseñan (.) uno lo aprende a golpes en la práctica”.

Entrevista N°10, Medicina:

“En clases todo suena estructurado (.) pero en la práctica las personas no siguen ese guion (.) <a veces lloran (.) se quedan en silencio o te preguntan cosas que no sabes responder> (.) y ahí uno se siente perdido (.) porque no basta con saberse los síntomas (.) falta saber cómo estar con esa persona”.

Entrevista N°15, Kinesiología:

“Nos enseñan sobre patologías (.) pero no nos enseñan a hablar con alguien que llora (.) y eso también es parte del trabajo (.) <es más fácil recetar que escuchar (.) y eso no debería ser así>”.

Entrevista N°19, Obstetricia:

“La teoría es muy linda (.) pero después estás en práctica y no sabes por dónde empezar (.) <la persona no es un concepto (.) es alguien con una historia que duele (.) y uno no está preparado para eso con solo leer manuales>”.

Se observa una brecha significativa entre los conocimientos adquiridos en el aula y las realidades que se enfrentan en la práctica. Esta distancia genera desorientación y sensación de ineptitud, reafirmando la necesidad de articular la formación académica con contextos reales de intervención desde etapas iniciales.

OBJETIVO ESPECIFICO N°6

Investigar la influencia de las experiencias familiares en las percepciones y actitudes de los estudiantes de salud hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental.

Categoría: Influencia Familiar

Esta categoría recoge cómo las vivencias en el entorno familiar han moldeado las actitudes y creencias de los estudiantes sobre los trastornos mentales. Los discursos dan cuenta de relatos personales, recuerdos de la infancia y modelos aprendidos en el hogar. La transmisión de estereotipos, pero también de aprendizajes empáticos, aparece como un factor clave.

Tabla 10.

Resumen tema primario: "Influencia Familiar".

Dimensión	Descripción	Tendencias principales
Dimensión N°1: Experiencias familiares con personas diagnosticadas	Recuerdos de convivencia o cercanía con familiares diagnosticados. El contacto directo genera una percepción más humana, aunque también puede estar mediado por miedo, silencio o desinformación.	El contacto directo influye en la comprensión; genera empatía, temor o ambivalencia según la experiencia vivida.
Dimensión N°2: Valores y creencias heredadas	Ideas, juicios o frases internalizadas en el entorno familiar sobre los trastornos mentales. Muchas veces se expresan como estigmas o creencias morales.	Reproducción de creencias negativas o estigmatizantes; en algunos casos, reinterpretación crítica.

Dimensión	N°3:	Conductas aprendidas en el entorno familiar respecto al trato o evitación de personas con diagnóstico. Incluye silenciamiento, sobreprotección o burla.	Naturalización de conductas excluyentes o evitativas; algunas experiencias generan reflexión crítica posterior.
Actitudes transferidas			

Fuente: Elaboración propia.

Dimensión N°1: Experiencias familiares con personas diagnosticadas

Esta dimensión reúne las vivencias personales, observadas o transmitidas, relacionadas con familiares diagnosticados con algún trastorno mental. Estas experiencias ocurren en la infancia o adolescencia, y moldean profundamente las percepciones actuales de los estudiantes. En muchos casos, los relatos revelan una socialización temprana marcada por el miedo, el silencio, la estigmatización o la invisibilización del sufrimiento psíquico. En otros, el contacto directo promovió comprensión, empatía y conciencia crítica. La carga afectiva de estas experiencias muestra cómo el núcleo familiar funciona como un primer espacio de aprendizaje (o desinformación) sobre salud mental.

Entrevista N°2, Trabajo Social:

“Yo tengo una tía que fue diagnosticada con esquizofrenia cuando yo era chica (.) y recuerdo que mi mamá me decía que ella estaba enferma de la cabeza (0.6) entonces yo crecí con miedo (.) pensaba que podía hacerme daño (.) pero con los años me di cuenta que no era así (.) ahora la entiendo más”.

Entrevista N°4, Medicina:

“En mi casa contaban que un primo lejano tenía ‘una cosa en la cabeza’ (.) pero nadie decía qué era (.) solo que no había que juntarse mucho con él (.) eso se me quedó grabado por años”.

Entrevista N°5, Trabajo Social:

“Mi mamá siempre hablaba de una tía que tomaba pastillas y decía que estaba ‘media loca’ (.) pero nadie la visitaba (.) yo crecí con esa imagen de que estar mal de la cabeza era algo de lo que había que alejarse”.

Entrevista N°10, Medicina:

“A mi papá no le gustaba que habláramos de salud mental (.) decía que ‘eso era invento de flojos’ (.) pero después entendí que tenía miedo (.) porque su hermana se había suicidado y nunca lo dijo (.) se supo por otros”.

Entrevista N°11, Obstetricia:

“Mi primo fue diagnosticado con depresión cuando era adolescente (0.5) y vivió con nosotros un tiempo (.) yo veía que dormía todo el día y no entendía (.) después entendí que no era flojera (.) sino que estaba realmente mal (.) fue fuerte verlo así”.

Entrevista N°13, Medicina:

“Mi hermano tiene diagnóstico de ansiedad generalizada (.) y vivir con él me ha hecho ver que no es algo tan lejano (.) que cualquiera puede tener algo así (.) y que no siempre se nota (.) entonces uno empieza a cuidar más las palabras y los juicios”.

Entrevista N°14, Psicología:

“Mi hermana fue diagnosticada con TLP y verla pasar por crisis (.) por hospitalizaciones (.) me cambió la vida (.) <ya no puedo mirar esos temas como desde afuera (.) hay mucho dolor y poca comprensión>”.

Entrevista N°15, Kinesiología:

“Con mi hermana chica siempre decían que era ‘especial’ (.) y después le diagnosticaron TDAH (.) pero nadie sabía cómo tratarla (.) yo aprendí sola observando (.) porque en la casa no se hablaba del tema (.) solo se le gritaba”.

Entrevista N°18, Medicina:

“Mi abuelo tenía algo como demencia o esquizofrenia (.) nunca nos dijeron bien (.) pero era raro (.) a veces estaba lúcido y a veces no (.) <creo que en mi familia había harto miedo y vergüenza>”.

Entrevista N°21, Obstetricia:

“Crecí con una hermana con trastorno del ánimo (.) fue difícil porque había días buenos y otros muy malos (.) <uno aprende a caminar con cuidado (.) a no molestar> (.) eso igual te forma (.) porque después uno se vuelve más sensible a lo que vive el otro”.

Entrevista N°22, Trabajo Social:

“Mi abuela decía que ‘los locos’ se amarraban (.) y que uno no debía mirarlos (.) cuando supe que mi tío tenía diagnóstico fue confuso (.) porque no lo veía así (.) era tranquilo (.) entonces me costó creer lo que decía mi familia”.

Entrevista N°23, Trabajo Social:

“Mi primo fue diagnosticado con depresión severa (.) y lo internaron dos veces (.) fue duro para la familia (.) <mi mamá decía que era flojera (.) que solo necesitaba salir a correr> (0.6) pero con el tiempo se fue entendiendo mejor”.

Las experiencias familiares, ya sean de convivencia directa o narradas por terceros, constituyeron un eje formativo silencioso pero determinante. Las creencias y actitudes de los estudiantes hacia la salud mental estuvieron fuertemente influenciadas por estos relatos, muchos de los cuales transmitieron miedo, desinformación, o incluso rechazo. Al mismo tiempo, quienes convivieron con familiares diagnosticados desarrollaron mayores niveles de sensibilidad, comprensión y conciencia emocional. Esto confirma que el entorno familiar funciona como un primer espacio de socialización en torno al estigma, pero también como un potencial generador de empatía. La reflexión crítica sobre estas vivencias emerge como un paso necesario en el proceso formativo profesional.

Dimensión N°2: Valores y creencias heredadas

Recoge cómo los discursos familiares, a veces sin contacto directo con algún diagnóstico de trastorno mental reproducen juicios morales, estereotipos o ideas tradicionales que condicionan la mirada profesional.

Entrevista N°6, Kinesiología:

“A mi abuelo le daban ataques de pánico (.) pero mi familia decía que era ‘nervioso’ (.) que había que dejarlo solo (.) entonces nunca aprendí a hablar de eso hasta que entré a la carrera”.

Entrevista N°7, Kinesiología:

“La religión fue súper fuerte en mi familia (.) y siempre escuché que los problemas emocionales se resolvían rezando (.) no con terapia (.) entonces al principio me costó aceptar que yo también necesitaba ayuda”.

Entrevista N°18, Medicina:

“En mi casa siempre se dijo que si uno tenía problemas mentales era porque Dios lo estaba castigando (.) y que había que rezar más (.) crecí con culpa por sentirme mal (.) aunque después entendí que no era así”.

Las narrativas revelan que muchas de las primeras ideas sobre salud mental en los estudiantes fueron modeladas por creencias familiares cargadas de moralidad, religiosidad o desconocimiento, más que por información técnica o contacto directo. En varios casos, se reproduce una mirada que asocia el malestar psíquico con debilidad de carácter, castigo divino o necesidad de aislamiento, lo cual instala sentimientos de culpa o silencio frente al sufrimiento emocional. Estas representaciones, aunque muchas veces implícitas, condicionan las actitudes iniciales de los estudiantes hacia los trastornos mentales y, en algunos casos, dificultan el reconocimiento y abordaje profesional posterior. No obstante, la formación académica y el contacto con nuevas perspectivas permiten, en ciertos relatos, desmontar o reformular críticamente estas creencias heredadas. La dimensión pone de relieve la importancia de abordar la salud mental también desde un enfoque sociocultural y biográfico, reconociendo que las creencias previas no se suspenden automáticamente al ingresar a una carrera de la salud.

Dimensión N°3: Actitudes transferidas

Se refiere a la forma en que los estudiantes reproducen o resisten las actitudes aprendidas de sus figuras significativas (padres, cuidadores, etc.). Estas actitudes suelen emerger en la práctica profesional.

Entrevista N°14, Psicología:

“Mi mamá me enseñó a escuchar sin juzgar (.) ella cuidaba a mi tío que tenía esquizofrenia (.) y siempre me dijo que era como cualquiera (.) eso me marcó (.) porque en clases veo que no todos piensan así”.

Entrevistado N°16, Psicología:

“Mi mamá fue muy estricta con estos temas (.) <decía que la salud mental era un lujo de la gente con tiempo> (.) entonces uno crece pensando que todo eso es ‘tontera’ o que uno tiene que aguantarse”.

Entrevistada N°17, Psicología:

“Una vez mi abuela dijo que alguien con diagnóstico ‘era mejor tenerlo lejos’ (.) <y aunque después yo estudiara otra cosa (.) eso te queda en la cabeza (.) es difícil sacarlo del todo>”.

Entrevista N°19, Obstetricia:

“Mi papá siempre me dijo que las personas con ‘problemas mentales’ eran peligrosas (.) cuando fui a práctica y vi que no era así (.) me costó aceptar que me habían enseñado con miedo”.

Entrevistada N°25, Trabajo Social:

“Cuando chica escuchaba a mi papá decir que los depresivos eran peligrosos (.) <que podían matarse o matar a otros> (.) entonces (.) aunque ahora sé que no es así (.) igual me cuesta sacarme ese miedo”.

Las experiencias familiares aparecen como un espacio formativo temprano en torno al estigma. La transmisión de creencias, tanto explícitas como implícitas, moldea la forma en que los estudiantes se acercan a los diagnósticos psiquiátricos. Las vivencias cercanas con familiares diagnosticados tienden a generar mayor comprensión y sensibilidad, mientras que las actitudes

basadas en prejuicios heredados reproducen temores, invisibilización y distancia. Esto refuerza la necesidad de abordar críticamente la influencia del entorno familiar en la formación de futuros profesionales de la salud, incorporando espacios reflexivos que permitan resignificar estas experiencias.

CAPÍTULO 7:

DISCUSIONES

7 DISCUSIONES

Los hallazgos de este estudio permiten constatar que el estigma hacia personas con diagnóstico de trastorno mental sigue siendo un fenómeno persistente entre estudiantes de carreras del área de la salud, incluso en etapas avanzadas de formación. Esta persistencia se manifiesta tanto en discursos explícitos como en expresiones sutiles, que adoptan formas aparentemente bienintencionadas, como el cuidado o la sobreprotección, pero que en realidad refuerzan representaciones desvalorizadoras y generando una barrera invisible en el trato. Estas diferencias entre niveles formativos fueron pesquisadas a partir del análisis temático de los relatos, observando cómo varían las percepciones y actitudes en torno al estigma según la trayectoria formativa, los discursos sobre peligrosidad y control, y el uso de argumentos profesionales para justificar la distancia simbólica con las personas diagnosticadas.

Estas representaciones se sostienen en ideas que aluden a la peligrosidad, imprevisibilidad, debilidad y falta de autocontrol, las cuales obstaculizan la inclusión y el trato digno. En este sentido, los resultados se relacionan directamente con lo planteado por Goffman (1963) y la Teoría del Etiquetaje (Becker, 1963), ya que los estudiantes tienden a emplear diagnósticos como “rótulos” o etiquetas que diferencian a quienes reciben un diagnóstico de trastorno mental, transformando sus identidades y condicionando la forma en que son tratados y percibidos por los demás. Esto refuerza la idea de que el estigma es una construcción social que no solo afecta al individuo, sino que también marca su estatus en la comunidad, legitimando prácticas de exclusión y segregación.

En las entrevistas analizadas, esta lógica se evidencia en la categorización de las personas con trastorno mental como impredecibles, difíciles de tratar o potencialmente peligrosas. Estos juicios, aunque en algunos casos aparecen atenuados por una idea de vocación o cuidado, refuerzan una separación simbólica entre quienes pertenecen al grupo de los “sanos” o “funcionales” y

aquellos que se ubican en la categoría de los “otros”. Esta diferenciación es consistente con la Teoría de la Categorización Social (Tajfel, 1981), que explica cómo las personas tienden a organizar el mundo social dividiendo a los individuos en categorías y asignando características estereotipadas a cada grupo. En este caso, los estudiantes, al enfrentar la incertidumbre o la falta de información, recurren a categorías generales para organizar su experiencia, lo que a menudo deriva en simplificaciones y prejuicios.

A su vez, esta diferenciación puede profundizarse desde la Teoría de la Identidad Social (Tajfel y Turner, 1986), la cual señala que las personas tienden a favorecer a su grupo de pertenencia, reforzando su identidad mediante la desvalorización de los grupos externos. Esta dinámica intergrupala permite entender por qué incluso futuros profesionales de la salud pueden manifestar actitudes discriminatorias al categorizar a las personas con trastornos mentales como “ellos”, se preserva una identidad profesional basada en la racionalidad, la normalidad y el control. A esto se suma el uso frecuente de diagnósticos o rótulos profesionales que, lejos de generar comprensión, pueden convertirse en mecanismos de distanciamiento afectivo.

Además, los resultados revelan que las atribuciones causales que los estudiantes hacen sobre los trastornos mentales influyen en sus emociones y comportamientos hacia quienes los padecen. Esta perspectiva se enriquece con la Teoría Sociocognitiva (Bandura, 1986), que subraya cómo las creencias, actitudes y comportamientos se construyen socialmente y se ven reforzados por la observación, la experiencia y el aprendizaje vicario. Cuando los estudiantes observan o escuchan relatos estigmatizantes en su entorno formativo o familiar, tienden a reproducir estas conductas en sus propias prácticas, contribuyendo así a la continuación del estigma. En esta misma línea, los relatos también dan cuenta de que muchas de las creencias estigmatizantes no surgen exclusivamente en el contexto universitario, sino que se encuentran fuertemente arraigadas en las experiencias familiares previas. La familia aparece como un espacio primario de socialización

emocional y moral, donde se transmiten valoraciones ,a veces implícitas, sobre lo que se considera normal, saludable o peligroso en relación a la salud mental. Estos relatos, aprendidos muchas veces sin contacto directo con personas diagnosticadas, operan como marcos de interpretación que persisten en la vida adulta y que pueden influir en las primeras reacciones del estudiantado frente a la diferencia o la alteridad.

Esta dimensión permite ampliar la comprensión del estigma desde una perspectiva intergeneracional y subjetiva, en la que los discursos familiares constituyen una base simbólica que, si no es revisada críticamente, tiende a reproducirse en las decisiones profesionales futuras. Por tanto, abordar el estigma en la formación en salud requiere no solo contenidos teóricos, sino también espacios pedagógicos que permitan problematizar las creencias heredadas y los aprendizajes familiares que moldean la mirada sobre los trastornos mentales (Corrigan y Watson, 2007; Muñoz y Pérez-Santos, 2014).

Cabe destacar que, si bien el modelo atribucional propuesto por Weiner (1986) no fue incorporado inicialmente en el marco teórico, su aporte resulta relevante para comprender los resultados. Dicho modelo plantea que cuando un problema de salud se atribuye a causas internas y controlables, como la falta de esfuerzo o voluntad, se generan emociones negativas como el enojo o el rechazo; en cambio, cuando se lo atribuye a causas externas o incontrolables, como un desequilibrio biológico, puede surgir la compasión, pero también la lástima. Esta ambivalencia se observa en los discursos que, por un lado, manifiestan comprensión y deseo de ayudar, pero, por otro, expresan temor, evitación o dudas sobre la eficacia de los tratamientos. Ello sugiere que las emociones asociadas a las atribuciones influyen directamente en la disposición a establecer relaciones terapéuticas significativas, lo que puede analizarse desde el enfoque sociocognitivo y atribucional.

Desde una perspectiva estructural, el modelo conceptual de Link y Phelan (2001) permite comprender cómo el estigma se configura mediante procesos de etiquetación, estereotipación, separación, pérdida de estatus y discriminación, todo ello dentro de un contexto de poder. En esta investigación, se identifican estos componentes en distintos niveles de profundidad, según los relatos y trayectorias personales de los estudiantes. Sin embargo, aunque no todos los discursos estudiantiles muestran estos mecanismos de forma completa, es importante indicar que la formación profesional universitaria no siempre ayuda a cuestionar estas actitudes o prácticas estigmatizantes. Por el contrario, en ocasiones puede incluso reforzar el estigma, por ejemplo, cuando desde la universidad o las instituciones de salud se entregan mensajes poco claros o solo enfocados en la prevención de riesgos, sin una orientación educativa que promueva la comprensión crítica y empática sobre la salud mental. Esto se traduce en indicaciones institucionales vagas, tales como “tener cuidado con ciertos pacientes”, que no explican el trasfondo ni entregan herramientas reflexivas o psicoeducativas. Así, se refuerza una distancia simbólica y no se propician aprendizajes significativos que contribuyan a superar el estigma.

En términos formativos, uno de los hallazgos más relevantes fue la confusión conceptual presente en varios discursos estudiantiles sobre lo que constituye un trastorno mental. Esta imprecisión incluye diagnósticos como el TDAH y ciertas problemáticas conductuales, los cuales sí se encuentran clasificados como trastornos mentales dentro de la categoría de trastornos del neurodesarrollo en el DSM-5 y DSM-5-TR (APA, 2022). El manual define los trastornos mentales como síndromes caracterizados por alteraciones clínicamente significativas en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento, asociadas a disfunciones en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo, y que generan malestar o discapacidad. No obstante, se observa que, en el discurso de los estudiantes, estas condiciones suelen agruparse o confundirse con otros diagnósticos, generando estigmatización ampliada y una percepción social poco diferenciada sobre

la diversidad de los trastornos mentales. Esta confusión conceptual se observa claramente en las entrevistas, donde los estudiantes mencionan diagnósticos diversos como depresión, ansiedad, TDAH, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de personalidad y, en algunos casos, autodiagnósticos realizados a través de redes sociales. La tendencia a agrupar bajo el rótulo de “trastorno mental” tanto condiciones del neurodesarrollo como cuadros clínicos de distinto origen y gravedad, refuerza la necesidad de una formación más precisa y diferenciada respecto a los criterios diagnósticos y la naturaleza heterogénea de la salud mental.

La revisión de literatura empírica permite validar estos hallazgos. El estudio de Ceballos et al. (2020), realizado con estudiantes de medicina, evidenció la presencia de estigmas persistentes incluso tras experiencias clínicas, lo que confirma que la formación biomédica tradicional no garantiza una comprensión ética ni crítica de la salud mental. De manera similar, Wahl et al. (2012) identifican que estereotipos generados en la adolescencia pueden proyectarse en la vida universitaria si no se interviene mediante estrategias de contacto significativo. Muñoz et al. (2021) y Vega-Dienstmaier et al. (2017) también advierten que el enfoque biomédico, sin una reflexión ética, puede incluso consolidar representaciones discriminatorias.

Si bien algunos estudiantes expresan una orientación vocacional positiva, esta no siempre se traduce en discursos libres de estigma. Por el contrario, se observa que en momentos de contacto práctico clínico o de inseguridad, emergen formas defensivas que reafirman la diferencia y el control profesional, reforzando los procesos de etiquetaje y categorización social. Esto pone en cuestión el rol de las instituciones formadoras en el desarrollo de competencias éticas y sociales. La presencia de estigma, incluso en estudiantes próximos a egresar, representa una alerta respecto a la formación actual.

El enfoque fenomenográfico permitió captar la diversidad de comprensiones del estigma, revelando trayectorias diferenciadas. Estudiantes con experiencias personales o familiares mostraron discursos más críticos y empáticos, mientras que quienes no han tenido contacto significativo tienden a sostener estereotipos culturales. Esta variabilidad es clave para el diseño de estrategias formativas diferenciadas, que no partan de una única idea de estigma, sino que consideren los distintos niveles de análisis desde los que los estudiantes se posicionan.

Finalmente, si bien el análisis de la interseccionalidad no fue el objetivo principal de este estudio, en los relatos de las entrevistas se identificaron elementos que sugieren la presencia de estigmas interseccionales, es decir, situaciones donde la discriminación relacionada al diagnóstico de trastorno mental se entrelaza con otras formas de exclusión, especialmente vinculadas al género, la edad y la clase social. Por ejemplo, se observan representaciones particulares hacia mujeres con diagnóstico, como la atribución de inestabilidad emocional o manipulación, así como prejuicios hacia personas mayores y quienes provienen de contextos rurales, a quienes se percibe como menos informados o más vulnerables. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de abordar el estigma no solo como un fenómeno individual, sino como un proceso relacional y estructural que se ve intensificado cuando interactúa con otras formas de desigualdad social. Por tanto, se sugiere la importancia de profundizar futuros estudios en esta línea, para comprender cómo distintas dimensiones de la identidad pueden influir en la experiencia y percepción del estigma en salud mental.

Los hallazgos permiten reconocer avances y desafíos persistentes en torno al estigma durante la formación de estudiantes del área de la salud. Esta reflexión abre la puerta a la necesaria transformación curricular y ética para la reducción efectiva del estigma en contextos universitarios y profesionales.

CAPÍTULO 8:

CONCLUSIONES

8 CONCLUSIONES

Las conclusiones de este estudio se estructuran en torno a los objetivos específicos propuestos, integrando los análisis finales de resultados y estableciendo el vínculo directo con los supuestos y la pregunta central de investigación. De esta manera, se da respuesta a las expectativas metodológicas y teóricas del estudio, aportando evidencia clara sobre el estigma hacia personas con diagnóstico de trastorno mental en estudiantes del área de la salud.

Objetivo 1: *Identificar ideas y creencias que tienen los estudiantes de carreras de la salud hacia las personas que presentan diagnósticos de trastorno mental.*

Los hallazgos muestran que persisten ideas estigmatizantes en el estudiantado, como la percepción de peligrosidad, debilidad y falta de autocontrol en las personas diagnosticadas. Estas creencias, en muchos casos, se sustentan en estereotipos culturales y discursos sociales, así como en la reproducción de etiquetas profesionales. Sin embargo, existe una tendencia creciente a cuestionar estas ideas, especialmente entre estudiantes con mayor formación o experiencias previas de contacto.

Objetivo 2: *Identificar los prejuicios que tienen los estudiantes hacia personas con diagnóstico de trastorno mental.*

Se evidencian prejuicios tanto en niveles explícitos como sutiles, asociados a la percepción de diferencia, imprevisibilidad y dificultad para la convivencia o el tratamiento. No obstante, algunos estudiantes reconocen el carácter aprendido y socialmente construido de estos prejuicios, lo que permite abrir espacio para una reflexión crítica sobre su propia práctica profesional.

Objetivo 3: *Identificar actitudes discriminatorias que tienen los estudiantes hacia personas con diagnóstico de trastorno mental.*

Las actitudes discriminatorias suelen manifestarse bajo la forma de distanciamiento, sobreprotección, o bien mediante prácticas clínicas justificadas como precauciones sin un fundamento ético o educativo claro. Si bien la mayoría del estudiantado expresa rechazo abierto a la discriminación, en la práctica persisten conductas que refuerzan la separación simbólica y la estigmatización.

Objetivo 4: *Describir las experiencias previas de los estudiantes de salud en relación al contacto y cercanía con personas con diagnóstico de trastorno mental, y explorar cómo estas experiencias han influido en sus actitudes y creencias.*

El contacto significativo, ya sea familiar o personal, se asocia consistentemente con una mayor empatía y comprensión hacia las personas diagnosticadas. Los estudiantes que han vivido estas experiencias tienden a rechazar los estereotipos y desarrollar actitudes menos estigmatizantes. En contraste, la ausencia de contacto favorece la permanencia de creencias tradicionales y la tendencia al distanciamiento.

Objetivo 5: *Describir las experiencias que reconocen los estudiantes en su proceso de formación profesional hacia personas con diagnóstico de trastorno mental en relación al estigma.*

Si bien se observan avances en la integración de contenidos de salud mental en la formación, la experiencia universitaria todavía reproduce enfoques biomédicos y normativos, con escasos espacios de reflexión ética o crítica. Las estrategias curriculares no siempre contribuyen a dismantelar el estigma; por el contrario, pueden reforzarlo mediante mensajes poco claros o prácticas institucionales que priorizan el control sobre la comprensión.

Objetivo 6: *Investigar la influencia de las experiencias familiares en las percepciones y actitudes de los estudiantes de salud hacia personas con diagnóstico de trastorno mental.*

La familia aparece como un factor de doble filo, puede ser tanto un espacio de apertura y cuestionamiento de prejuicios, como un lugar donde se perpetúan estigmas y discursos excluyentes. Los estudiantes que reconocen posturas familiares más inclusivas tienden a replicarlas y defenderlas, mientras que quienes crecieron en ambientes con mayor estigma, a menudo logran cuestionarlas en la adultez y durante la formación profesional.

A partir del logro de estos objetivos, se puede afirmar:

El **Supuesto 1:** *“Los estudiantes de carreras de la salud tienen creencias y prejuicios que afectan su percepción de las personas con trastornos mentales, influenciados por su formación académica y experiencias previas”* se confirma, con matices: las creencias y prejuicios persisten, pero su intensidad y contenido varían según la experiencia previa y el grado de formación.

El **Supuesto 2:** *“Las experiencias previas de contacto con personas con diagnóstico de trastorno mental influyen de manera significativa en las actitudes y creencias de los estudiantes, generando tanto empatía como estigmatización”*, se confirma; el contacto cercano es clave en la reducción del estigma y la adopción de posturas empáticas.

El **Supuesto 3:** *“La formación académica de los estudiantes de salud aborda de manera insuficiente el estigma relacionado con los trastornos mentales, contribuyendo a actitudes discriminatorias y puede limitar la comprensión y empatía hacia esta población”*, se confirma, en tanto los relatos dan cuenta de una carencia en la formación ética, reflexiva y multidisciplinaria, persistiendo prácticas y discursos que refuerzan el estigma.

El **Supuesto 4**: *“Las experiencias familiares de los estudiantes influyen en sus percepciones y actitudes hacia las personas con trastornos mentales, creando una actitud que puede ser tanto positiva como negativa”*, se confirma, al observarse que la familia es un espacio relevante de socialización de creencias, tanto estigmatizantes como inclusivas.

En cuanto a la pregunta de investigación: Los conocimientos de los estudiantes sobre salud mental son diversos, en ocasiones imprecisos y, en general, insuficientes para distinguir entre la variedad de diagnósticos y realidades. Las actitudes predominantes son mixtas, pues combinan empatía y voluntad de apoyo con la persistencia de creencias estigmatizantes y prácticas de distanciamiento. Las conductas predominantes están orientadas a la ayuda, pero suelen estar acompañadas de resguardos y la idea de que las personas diagnosticadas requieren un trato especial. No existen diferencias reales en la expresión del estigma entre carreras biomédicas y psicosociales, aunque sí en los marcos explicativos y la manera de abordar la salud mental.

Se recomienda profundizar en líneas de investigación futura que traten el seguimiento longitudinal del estigma a lo largo de la formación profesional. El desarrollo y evaluación de estrategias pedagógicas orientadas a la reducción del estigma. La relación entre autoestigma, identidad profesional y experiencias personales en estudiantes. El impacto del enfoque interseccional (género, edad, clase) en la configuración y vivencia del estigma y el rol de las políticas institucionales y curriculares en la reproducción o transformación de creencias y prácticas estigmatizantes.

Según lo anteriormente expuesto, la transformación del estigma hacia personas con diagnóstico de trastorno mental en estudiantes de la salud constituye un desafío de carácter multidimensional y persistente, que exige intervenciones profundas, sostenidas y articuladas tanto en el plano individual como en el institucional. Las conclusiones alcanzadas en este estudio se

sustentan en la integración reflexiva de los hallazgos empíricos, el marco conceptual y el diálogo crítico con la literatura especializada, lo que permite ofrecer una comprensión situada y compleja de los mecanismos que perpetúan, pero también pueden transformar, el estigma en los espacios formativos universitarios. El principal reto identificado es avanzar hacia una formación profesional comprometida con la promoción de la dignidad, la empatía, el respeto irrestricto y la justicia social, de modo que se favorezca una inclusión real y sostenible en el ámbito de la salud mental.

En este marco, los resultados también permiten visibilizar con mayor claridad que el estigma hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental no emerge exclusivamente desde el campo académico o profesional, sino que tiene raíces más tempranas y profundas en las trayectorias familiares de los estudiantes. La familia aparece como un agente socializador fundamental, que moldea las primeras representaciones sobre la salud mental, muchas veces desde el silencio, la patologización, el temor o la simplificación de las experiencias emocionales. Estas influencias, aunque puedan ser reformuladas o resignificadas durante la formación universitaria, dejan una huella persistente en la manera en que los futuros profesionales interpretan y responden a las experiencias de quienes viven con un trastorno mental. Por tanto, abordar el estigma en la educación superior implica también generar espacios que permitan revisar críticamente aquellas creencias y aprendizajes heredados en el seno familiar, reconociendo que la desestigmatización comienza mucho antes del aula, y que su transformación requiere procesos reflexivos que integren tanto la dimensión académica como la personal y afectiva del estudiantado.

9 BIBLIOGRAFÍA

- Ahmedani, B. K. Mental health stigma: Society, individuals, and the profession. *Journal of Social Work Val Ethics*. 2011; 8. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3248273/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^a ed., DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Amsalem, D., Hasson-Ohayon, I., Gothelf, D., Roe, D. y Kravetz, S. (2018). Entre esquizofrenia y salud: una aproximación fenomenológica. *Revista internacional de estudios cualitativos sobre salud y bienestar*, 13(1), 1444097.
- Amsalem, D., Kinosian, B., & Grof, E. (2018). Factors affecting recovery in patients with severe mental illness: A review. *Journal of Psychiatric Research*, 102, 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.04.015>
- Angermeyer, M. C., y Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of the literature. *European Psychiatry*, 21(5), 198-207. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.04.004>
- Angermeyer, M. y Dietrich, S. (2006). Public beliefs about attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 163-179.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., y Lewis, G. (2019). Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *Journal of Public Health*, 31(1), 3-7.
- Arnaiz, A., y Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de SaludMental*, 26, 49-59.

- Ashmore, RD y Del Boca, FK (1981). Enfoques conceptuales de los estereotipos y la estereotipia. En DL Hamilton (Ed.), *Procesos cognitivos en la estereotipia y la conducta intergrupala* (pp. 1-35). Erlbaum.
- Ashworth, P. (2008). *Understanding phenomenography: A guide for researchers in education and the social sciences*. Sense Publishers.
- Ay, P., Save, D., & Fidanoglu, O. (2006). Does stigma concerning mental disorders differ through medical education?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(1), 63-67.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Bell, J.S., Aaltonen, S.E., Airaksinen, M.S., Volmer, D., Gharat, M.S., Muceniece, R., Vitola, A., Foulon, V., Despleneter, F.A. and Chen, T.F. (2010) Determinants of mental health stigma among pharmacy students in Australia, Belgium, Estonia, Finland, India and Latvia. *International Journal of Social Psyquiatry*, 56(1), 3-14.
- Bell, J.S., Aaltonen, S.E., Bronstein, E., Desplenter, F.A., Foulon, V., Vitola, A., Muceniece, R., Gharat., M.S., Volmer, D., Airaksinen, M.S. and Chen, T.F. (2008) Attitudes of pharmacy students toward people with mental disorders, a six country study. *Pharmacy World Science*, 30(5), 595-9.
- Ben-Natan, M., Drori, T., & Hochman, O. (2015). Associative Stigma Related to Psychiatric Nursing Within the Nursing Profession. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 388-392.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.010>
- Ben-Zeev, D., Young, M. A., & Corrigan, P. W. (2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, 19(4), 3

- Carrara, B. S., & Ventura, C. A. (2018). Treatment adherence in psychiatric patients: A review of the literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 79(2), e1-e10. <https://doi.org/10.4088/JCP.16r11299>
- Carrara, B. S. y Ventura, C. A. (2018). Percepciones sobre los trastornos mentales y su relación con la adherencia al tratamiento en personas con trastornos mentales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 18(2), 109-117.
- Ceballos Ospino, G. A., Jiménez Villamizar, M. P., De La Torre Hasbun, H., & Suarez Colorado, Y. P. (2020). Estigma-discriminación hacia personas con trastornos mentales en estudiantes de medicina. *Tesis Psicológica*, 15(2), 1-21. <https://doi.org/10.37511/tesis.v15n2a13>
- Ceballos, M. E., García, S., & Fernández, J. (2020). Formación en salud mental y estigma: Un estudio sobre la percepción de estudiantes en formación. *Revista de Psicología de la Salud*, 32(2), 120-136. <https://doi.org/10.1016/j.psicsal.2020.01.001>
- Charles, C., & Bentley, K. (2018). Mental illness stigma and the theory of planned behavior: An exploration into the stigma-related behavioral intentions of mental health professionals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(12), 1349-1358. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1616-5>
- Charles, J. L. K. (2015). Measuring mental health provider stigma: the development of a valid and reliable self-assessment instrument (Tesis doctoral, Virginia Commonwealth University).
Contacto: keastjl@vcu.edu.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., & Maggioni, F. (2017). Results of the Global Programme of Mental Health Stigma and Discrimination. *The Lancet Psychiatry*, 4(6), 459-467. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30017-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30017-6)

- Clemente, A., Palma, F., & Feijoó, M. (2017). Creencias y actitudes de la población general hacia las personas con enfermedad mental en una región española. *Revista Internacional de Psiquiatría Social*, 63(4), 333-343.
- Conejo Cerón, S.; Moreno Peral, P.; Morales Asencio, J.M.; Alot Montes, A.; García Herrera, J.M.; González López, M.J.; Quemada González, C.; Requena Albarracín, J. y Moreno-Küstner, B. (2014) Opiniones de los profesionales sanitarios sobre la definición de enfermedad mental grave: Un estudio cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37 (2), 223-233.
- Corrigan, P. (2004). Cómo el estigma interfiere en la atención de la salud mental. *American Psychologist*, 59 (7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W. (2001). *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*. American Psychological Association.
- Corrigan, P. W. (2002). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 322-332.
- Corrigan, P. W. (2012). *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13095-000>
- Corrigan, P. W. (2020). Changing stigma through personal contact. *Psychological Science in the Public Interest*, 21(2), 117-141. <https://doi.org/10.1177/1529100619828975>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700802>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.

- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 439–458. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9084-9>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*,
- Corrigan, PW (2001). *Cómo el estigma interfiere en la atención de la salud mental* . *American Psychologist*, 56(4), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.4.614>
- Corrigan, PW (2002). *Lucha contra el estigma y la discriminación* . *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105 (Suplemento 412), 20-23. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.105.s412.6.x>
- Corrigan, PW y Rao, D. (2012). Sobre el autoestigma de la enfermedad mental: etapas, revelación y estrategias de cambio. *Revista Canadiense de Psiquiatría*, 57(8), 464-469.
- Corrigan, PW y Watson, AC (2002). Entendiendo el impacto del estigma en las personas con enfermedades mentales. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, PW, Morris, SB, Michaels, PJ, Johnsen, M. y Penn, DL (2014). *Desafiando el estigma público de las enfermedades mentales: un metaanálisis de estudios de resultados* . *Psychological Bulletin*, 140(6), 1766-1790. <https://doi.org/10.1037/a0037611>
- Crocker, J., Major, B. y Steele, C. (1998). Estigma social. En DT Gilbert, ST Fiske y G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4.ª ed., vol. 2, págs. 504-553). McGraw-Hill.
- Dovidio, JF, Major, B., y Crocker, J. (2000). Estigma: Introducción y visión general. En TF Heatherton, RE Kleck, MR Hebl y JG Hull (Eds.), *La psicología social del estigma* (pp. 1-28). Guilford Press.
- Ebrahimi, H., Rezaei, F., Mokhtaree, MR y Kiani, F. (2017). Relaciones entre estigma, depresión y autoestima en pacientes con trastorno depresivo mayor. *Revista iraní de psiquiatría*, 12(1), 12-17.

- Economou, M., Peppou, L.E., Louki, E. and Stefanis,C.N. (2012). Medical students' beliefs and attitudes towards schizophrenia before and after undergraduate psychiatric training in Greece. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(1), 17-25
- Editorial, E. (2008). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. *Arbor*, 184(730), 349–352. Recuperado a partir de <https://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/183>
- Fox, AB, Earnshaw, VA, Taverna, EC y Vogt, D. (2018). Conceptualización y medición del estigma de las enfermedades mentales: la Escala de Actitudes y Creencias sobre Enfermedades Mentales (MIBAS). *Evaluación psicológica*, 30(5), 611-623.
- Fox, M., Naslund, J. A., & Matthiessen, C. (2018). Barriers to mental health service access among people with mental illness: A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 30-41. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.016>
- Furnham A, Raja N, Khan UA. (2008). A cross-cultural comparison of British and Pakistani medical students' understanding of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 159(3), 308-319.
- Gabbidon, J., Clement, S., VanNieuwenhuizen, A., Kassam, A., Brohan, E., Norman, I. & Thornicroft, G. (2013). Mental Illness: Clinicians' attitudes (MICA) scale – psychometric properties of a version for health care students and professionals. *Psychiatry Research*, 206, 81-87.
- Gilaberte, Inmaculada, Failde, Inmaculada, Salazar, Alejandro, y Caballero, Luis. (2012). Actitud de los alumnos de quinto de medicina hacia la salud mental. *Educación Médica*, 15(4), 227-233. Recuperado en 4 de Agosto del 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000400009&Ing=es&tIng=es
- Girma, E., Tesfaye, M., Froeschl, G., Möller-Leimkühler, A. M., & Müller, N. (2019). Dealing with mental illness stigma in Ethiopia: The perspective of family members and other caregivers.

Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 54(6), 671-679.

<https://doi.org/10.1007/s00127-018-1583-x>

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.

Goffman, E. (2006). *Estigma, La identidad deteriorada*. Buenos Aires-Madrid: (L. Guinsberg, Trad.; 10a ed.). Amorrortu Editores.

Goffman, E. (2006). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster.

Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>

Hatzenbuehler, ML, Phelan, JC y Link, BG (2013). El estigma como causa fundamental de las desigualdades en salud de la población. *Revista Estadounidense de Salud Pública*, 103(5), 813-821.

Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2014). Mental health knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help from mental health services. *Psychiatric Services*, 65(8), 986-989.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300171>

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. *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)

Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., ... y Thornicroft, G. (2014). Estigma relacionado con la salud mental en entornos de atención médica y de atención de salud mental. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467-482.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). McGraw-Hill Education.

- Hinshaw, SP (2007). La marca de la vergüenza: el estigma de la enfermedad mental y una agenda para el cambio. Oxford University Press.
- Hugo, M. (2001). Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 8(5), 419-425.
- Jiménez Estévez, J.F. (2011) El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (4).
- 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). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(2), 153-161.
- Knaak, S., Cormier, M., & Kelloway, K. (2022). Addressing mental health stigma in health care: Strategies for improving care and outcomes. *Canadian Journal of Psychiatry*, 67(4), 251-263.
<https://doi.org/10.1177/07067437211031755>
- Knaak, S., Mantler, E. y Szeto, A. (2017). Estigma relacionado con las enfermedades mentales en la atención médica: barreras al acceso y la atención y soluciones basadas en evidencia. *Foro de Gestión Sanitaria*, 30(2), 111-116.
- Lawrence, D. y Kisely, S. (2010). Desigualdades en la prestación de atención sanitaria a personas con enfermedades mentales graves. *Revista de Psicofarmacología*, 24(4_supplement), 61-68.
- Lawrence, D., & Kisely, S. (2010). Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(6), 489-496.
<https://doi.org/10.3109/00048671003687382>
- Li, J., Li, J., Thornicroft, G. and Huang, Y. (2014) Level of stigma among acommunity mental health staff in Guangzhou, China. *BMC Psychiatry*, 14, 231.

- Liggins, J., & Hatcher, S. (2005). [Título del estudio no especificado]. [Fuente no especificada].
- Lincoln TM, Arens E, Berger C, Rief W. (2008). Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 34(5):984-994.
- Lincoln Y. S. y Guba (1985). *Naturalista consulta*. Beverly Sierras: Sabio Publicaciones.
- Linden, M. and Kavanagh, R. (2012) Attitudes of qualified vs student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1359-68.
- Link, B. G. (2006). Understanding stigma as social process. *Annual Review of Sociology*, 32, 163-179. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.32.061604.123132>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet*, 367(9509), 528-529. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68184-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1)
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2013). Labeling and stigma. En C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, & A. Bierman (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 525-541). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_25
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2014). Stigma power. *Social Science & Medicine*, 103, 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.035>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400-423. <https://doi.org/10.2307/2095613>

- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American journal of public health*, 89(9), 1328-1333.
- Link, B., Yang, L., Phelan, J., Collins, P. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.
- Link, BG y Phelan, JC (2001). Conceptualización del estigma. *Revista Anual de Sociología* , 27, 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Livingston, J. D., Boyd, J. E., et al. (2010). Stigma and the public perception of mental illness: A comparison of the 1950s and the 1990s. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(2), 91-98.
- Magliano, L., Fiorillo, A., & De Rosa, C. (2012). Attitudes of health professionals towards patients with mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(3), 214-223. <https://doi.org/10.1177/0020764011405828>
- Magliano, L., Florillo, A., De Rosa, C., Malangone, C. y Maj, M (2004). Beliefs about schizophrenia in Italy: A comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relative. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 322-330.
- Magliano, L., Read, J., Rinaldi, A., Costanzo, R., De Leo, R., Schioppa, G. y Petrillo, M. (2012). La influencia de las explicaciones causales y el etiquetado diagnóstico en las opiniones de los estudiantes de medicina sobre la esquizofrenia. *Psiquiatría académica*, 36(4), 308-315.
- Magliano, L., Read, J., Saliuchi, A., Patalano, M., D'Ámbrosio, A. and Oliciero, N. (2012) Differences in views of schizophrenia during medical education: a comparative study of 1st versus 5th-6th year Italian medical students. *Society Psychiatry Epidemiology*, 48(10), 1647-55.

- Major, B., y O'Brien, LT (2005). La psicología social del estigma. *Revista Anual de Psicología*, 56, 393-421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>
- Mak, W. W., Cheung, R. Y., & Law, R. W. (2019). Examining attribution model of self-stigma on social support and psychological well-being among people with mental illness. *Social Science & Medicine*, 222, 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.12.004>
- Marton, F., & Booth, S. (1997). *Learning and awareness*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Mascayano, F., & Rebolledo, L. (2015). Stigma and mental illness: Theoretical considerations and practical implications. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 53-60. <https://doi.org/10.21134/rpsnna.v2i1.19>
- Mascayano, F., Lips W., Mena, C., y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.
- Mascayano, F., Montenegro, C. y Toso-Salman, J. (2015). Estigma hacia las enfermedades mentales en América Latina y el Caribe: una revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(3), 141-147
- Medina-Mesa, Y., Cruces-Montes, S. J., Merchán-Clavellino, A., Romero-Moreno, A. F., & Guil-Bozal, R. (2019). La influencia de la formación en las actitudes hacia las personas con trastorno mental en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 5(1), 309–320. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v5.1602>
- Ministry of Health, Chile. (2023). Informe de salud mental y estigma en Chile. Ministry of Health. <https://www.minsal.cl/estigma-salud-mental>
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., y Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(11), 813-824. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)

- Muñoz, M., Sanz, M., Pérez-Santos, E., & Quiroga, M. A. (2011). Estigma y calidad de vida en personas con enfermedad mental grave. *Anales de Psicología*, 27(1), 47-53.
- Muñoz, M., Vázquez, C., Koopmans, R., Vázquez-Morejón, R., & León, E. (2009). Familia y estigma asociado a la enfermedad mental. *Psicothema*, 21(3), 340-346.
- Muñoz, RF, Cuellar, I., y Méndez, R. (2009). *El papel del estigma en las enfermedades mentales: una revisión de la literatura* . *Journal of Applied Social Psychology*, 39(7), 1735-1761.
<https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2009.00476.x>
- Muñoz, RF, Miranda, J., y Martínez, J. (2011). *El impacto del estigma en la salud mental y el tratamiento de las personas con trastornos psiquiátricos* . *Clinical Psychology Review*, 31(3), 350-359. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.003>
- National Institute of Mental Health (1987) Towards a model for a comprehensive community-based mental health system, NIMH, Washington, DC.
- Navarro, G. & Trigueros, R. (2019). Estigma en los profesionales de la Salud mental: una revisión sistemática. *Psychology, Society, & Education*, 11(2),253-266. Doi <https://doi.org/10.25115/psye.v10i1.2268>
- Navarro, M. A., Gómez-Benito, J., et al. (2019). Revisión sistemática sobre el estudio de la salud mental en profesionales de la salud: Estigma, estrés, burnout y empatía. *Clínica y Salud*, 30(3), 123-132.
- Navarro, P., Fernández, I., Mira, J. J., & Guilabert, M. (2019). Evaluación del estigma en profesionales sanitarios hacia los pacientes con trastornos mentales en Atención Primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201901037.
- OMS (2017). World Health Organization. (Enlace: WHO Mental Health Stigma)
- OMS. (2013). Plan de acción en salud mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud.

- OMS. (2022). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos: panorama general. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356118>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Park, J., & Park, S. (2014). Family members' stigma and their role in mental illness: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 28(3), 453-462. <https://doi.org/10.1037/fam0000011>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Penn, D., Kommana, S., Mansfield, M., Link, B. (1999). Dispelling the Stigma of Schizophrenia: II. The Impact of Information on Dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 437-446.
- Puspitasari, I. M., Garnisa, I. T., Sinuraya, R. K., & Witriani, W. (2020). Perceptions, Knowledge, and Attitude Toward Mental Health Disorders and Their Treatment Among Students in an Indonesian University. *Psychology research and behavior management*, 13, 845–854. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S274337>.
- Reilly, T., Murphy, R., & Smith, R. (2015). Stigma and discrimination: The effects on mental health outcomes. *Mental Health Review Journal*, 20(4), 220-231. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-05-2015-0020>
- Riffel, M., Hupp, M., & Lenz, L. (2019). The impact of mental health training on medical students: A review. *Medical Education*, 53(6), 556-564. <https://doi.org/10.1111/medu.13861>
- Riffel, T., & Chen, S. P. (2020a). Exploring the knowledge, attitudes, and behavioural responses of healthcare students towards mental illnesses—A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010025>.

- Riffel, T., & Chen, S. P. (2020b). Stigma in healthcare? Exploring the knowledge, attitudes, and behavioural responses of healthcare professionals and students toward individuals with mental illnesses. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1103-1119. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09809-3>
- Riffel, T., Chen, SP y Cárdenas, V. (2019). Estigma hacia los problemas de salud mental en estudiantes de salud. *Estigma y salud*, 4(2), 189-194.
- Rojas, G., Martínez, V., y Jadresic, D. (2020). Salud mental en Chile: Desafíos pendientes y propuestas para avanzar. *Revista Médica de Chile*, 148(11), 1630-1639.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2010). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 25(4), 238-245. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.04.004>
- Salyers, M. P., Bonfils, K. A., et al. (2015). The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 30(10), 1476-1488.
- Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *Lancet*, 370(9590), 810-811. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8)
- Scandroglio, B., López Martínez, J. S., & San José Sebastián, M. C. (2008). La Teoría de la Identidad Social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias. *Psicothema*, 20(1), 80-89.
- Scheff, T. J. (1966). *Being mentally ill: A sociological theory*. Aldine Transaction.
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N. y Schultze-Lutter, F. (2017). Asociación entre el estigma relacionado con la salud mental y la búsqueda activa de ayuda: revisión sistemática y metanálisis. *La Revista Británica de Psiquiatría*, 210(4), 261-268.

- Schnyder, U., Cloitre, M., & Karl, A. (2017). The role of stigma in mental health care: A comprehensive review. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(4), 337-349. <https://doi.org/10.1177/0020764017707123>
- Shim, R. S., & Rust, G. (2013). Mental health stigma and primary care: Challenges and opportunities. *Journal of Primary Care & Community Health*, 4(1), 32-36. <https://doi.org/10.1177/2150131912452251>
- Sickel, A. E., Howes, K., & Davis, L. (2019). Barriers to mental health care and treatment adherence in individuals with severe mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 80(4), e1-e10. <https://doi.org/10.4088/JCP.18r12456>
- Sickel, AE, Seacat, JD, Nabors, NA y McHale, JP (2019). Los efectos del estigma en la salud mental en una población desfavorecida. *La Revista de Psicología Social*, 159(5), 517-529.
- Stuber JP, Rocha A, Christian A, Link BG. Conceptions of mental illness: attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric Service*. 2014;65:491–7. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>
- Subu, M., Stewart, S., & MacDonald, K. (2021). Mental health stigma and medical education: A systematic review. *Academic Psychiatry*, 45(1), 104-112. <https://doi.org/10.1007/s40596-020-01264-9>
- Tajfel, H. (1957). La categorización social. En M. Baldwin y G. M. Stephenson (Eds.), *La psicología de los grupos sociales* (pp. 27-60). Buenos Aires: Ediciones Tiempo Contemporáneo.
- Tajfel, H. (1957). Value and the perceptual judgment of magnitude. *Psychological Review*, 64(3), 192–204. <https://doi.org/10.1037/h0047878>
- Tajfel, H. (1974). Social identity and intergroup behaviour. *Social Science Information*, 13(2), 65-93.
- Tajfel, H. (1978). Diferenciación entre grupos sociales. En H. Tajfel (Ed.), *Diferenciación entre grupos sociales: Estudios de Psicología Social* (pp. 27-60). Herder.

- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories: Studies in social psychology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The Social Psychology of Intergroup Relations* (pp. 33-47). Monterey, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). El experimento de la mínima categorización. In H. Tajfel (Ed.), *Los fundamentos de la teoría de los grupos sociales* (pp. 133-148). Herder.
- Tajfel, H., y Turner, J. C. (1986). La teoría de la identidad social en el comportamiento intergrupar. En S. Worchel y W. G. Austin (Eds.), *Psicología de las relaciones intergrupales* (pp. 7-24). Nelson-Hall.
- Taylor, M. S. and Dear, M.J. (1981) Scaling Community Attitude toward mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(3), 225-240.
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. (2018) Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*. 2007 (190), 192–193. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>.
- Thornicroft, G. (2006). *Rechazados: discriminación contra las personas con enfermedades mentales*. Oxford University Press.
- Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 17(1), 14-19.
- Totic, S., Stojiljkovic, D., Pavlovic, Z., Zaric, N., Zarkovis, B., Malic, L., Mihaljevic., Jasovic-Gasic, M. and Maric, M.P. (2012) Stigmatization of “psychiatric label” by medical and non-medical students. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(5), 455-62
- Turner, J. C., & Brown, R. (1978). Social status, cognitive alternatives, and intergroup relations. In H. Tajfel (Ed.), *Differentiation between social groups* (pp. 201-234). London: Academic Press.

- Verd y Lozares (2016). Introducción a la investigación cualitativa. Fases, métodos y técnicas. Editorial Síntesis: Madrid.
- Kohn, R., Levav, I., Almeida, J. M. C. D., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., ... & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 229-240.
- Vidourek, R. A., & Burbage, M. (2019). Positive mental health and mental health stigma: A qualitative study assessing student attitudes. *Mental Health and Prevention*, volumen 13, pages 1–6.
<https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.11.006>
- Wahl, O. F., & 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.
- Wahl, O., Susin, J., Lax, A., Kaplan, L., & Zatina, D. (2012). Knowledge and attitudes about mental illness: A survey of middle school students. *Psychiatric Services*, 63(7), 649-654.
- Weiner, B. (1986). *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. Nueva York: Springer-Verlag.
https://archive.org/details/attributionalthe0000wein?utm_source=chatgpt.com
- World Conference on Research Integrity. (2010). Singapore statement on research integrity.
<https://www.wcrif.org/guidance/singapore-statement>
- World Health Organization (2013). Transforming and scaling up health professionals' education and training: World health organization guidelines 2013. Retrieved from:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298953/pdf/Bookshelf_NBK298953.pdf
- World Health Organization (WHO). (2022). Mental health: Strengthening our response. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization.

World Health Organization. (2019). Mental health atlas 2017. Geneva: World Health Organization.

Retrieved

from

https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/

World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. World Medical Association. Recuperado de

<https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>

Zotes, G. A. (2014) Estigma del enfermo mental: la perspectiva de los profesionales de enfermería

[Trabajo de Fin de Máster. Universidad de León].

https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/5450/2014.%20Almudena_Zotes.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo 1: Guion temático – presentación

PRESENTACIÓN:

Estamos realizando una investigación para conocer la percepción que tienen los estudiantes de carreras de la salud sobre problemas de salud mental que son graves y duraderos. Para una mejor comprensión adjuntamos una definición de estos problemas. Una vez leído, solicitamos responder a las preguntas que se relacionan con tu percepción sobre este tema y en relación con tu condición de estudiante de una carrera del área de la salud.

Para el presente estudio, consideramos como problemas de salud mental grave y duradero aquellos que, según la literatura, están definidos como trastornos mentales graves (TMG). La literatura especializada en salud mental viene utilizando el término TMG para referirse principalmente a trastornos mentales de duración prolongada que conllevan la presencia de discapacidad y disfunción social como consecuencia de los síntomas de la enfermedad.

Las categorías diagnósticas incluidas son: Trastornos esquizofrénicos, Trastorno esquizotípico, Trastornos delirantes persistentes, Trastornos delirantes inducidos, Trastornos esquizoafectivos, Otros trastornos psicóticos no orgánicos, Trastorno bipolar, Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, Trastornos depresivos graves recurrentes, Trastorno obsesivo-compulsivo (National Institute of Mental Health, 1987).

Anexo 2: Entrevista

¿Qué te motivo a estudiar (Nombre de la Carrera)?

¿Cómo ha sido tu experiencia en este tiempo que llevas cursándola?

¿Qué significa para ti personas con problemas de salud mental grave y duradero?

		Preguntas finales para todos los nodos	Temas que deberían surgir
CONOCIMIENTOS	Conocimiento general sobre problemas de salud mental Con_Gral.	Con_Gral.1 Según tu opinión: ¿cuáles serían las razones por las cuales una persona podría presentar algún tipo de problema de salud mental como los señalados? Con_Gral.2 ¿Qué conoces sobre ese tipo de problemas de salud mental?	Razones biológicas, orgánicas, psicosociales, “contagio”, herencia, genética, etc. Conocimientos: causas, origen, enfermedad, trastorno.
	Conocimiento aprendido en la carrera específico sobre problemas de salud mental Con_Prof.	Con_Prof_1 ¿Qué crees tú que has aprendido en tu carrera sobre este tipo de problemas de salud mental? Con_Prof_2 ¿Qué herramientas, por ejemplo, conocimientos, prácticas, etc. crees que deberían entregarte en tú carrera para comprender mejor a las personas que presentan un problema de salud mental como los señalados?	Formación profesional sobre el tema. Presencia del tema en la formación profesional.
	Caracterización inicial de los problemas de salud mental graves y duraderos. Stg_Pers	Stg_Pers_1. Según tu opinión, ¿Cuáles son las principales características de una persona que presenta este tipo de diagnóstico?	Formas de ser, actuar, pensar. (¿peligrosidad, impredecibilidad?, etc.)

	Implicaciones para la vida de las personas diagnosticadas: recuperación, dificultades, etc.	Stg_Pers_2. Según tu opinión: ¿Cuáles son los problemas a los cuales deben enfrentarse las personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico?	(tratamientos, cuidados, atención, no pueden hacer cosas)
ACTITUDES	Percepción social y cultural de las personas con este tipo de problemas de salud mental. ATT_	¿Cómo crees que la sociedad ve a las personas con este tipo de diagnóstico? ATT_Carr_1. ¿Cuál es tu actitud o la de tus compañeros cuando se abordan casos o situaciones relacionadas con este tipo de diagnóstico psiquiátrico en tu carrera? Pregunta de apoyo: ¿Cómo reconoces tú a una persona con un diagnóstico psiquiátrico?	Aspectos de estigma social. Reconoce o no prejuicios o actitudes negativas
	Actitudes que deben tener los profesionales de la salud que trabajen con personas con problemas de salud mental señalados.	ATT_Carr_2. Según tu opinión, ¿Cuáles crees que deberían ser las actitudes que deben tener los estudiantes de tu carrera sobre este tipo de diagnósticos? ATT_Prof_2. ¿Cómo te sentirías trabajando con personas que tienen este tipo de problemas de salud mental o diagnóstico?	Actitudes de estudiantes
	Imagen transmitida por los medios de comunicación y a través de la educación y socialización.	¿Crees que los comentarios que se dan en los medios de comunicación influyen sobre lo que piensa la sociedad de las personas con problemas de salud	Educación desde esa área. Desinformación. Autodiagnósticos

		mental?, ¿influyen estas descripciones en tu opinión?	
	Posibilidades de recuperación.	<p>Stg_pers_3. ¿Piensas que las personas que presentan alguno de los diagnósticos psiquiátricos descritos en la presentación llegan a recuperarse en algún momento de su vida?</p> <p>Pregunta de apoyo: (si habla de recuperación, pero no da ejemplos, se puede preguntar esto) Según tu opinión, ¿Qué sería para ti “recuperarse” en estos casos?</p>	
DISTANCIA SOCIAL DS_	Discriminación y problemas de las personas con enfermedad mental y familiares.	<p>DS_1. ¿Cuál es tu opinión sobre la integración social de las personas que reciben diagnósticos psiquiátricos? ¿Crees que deberían mantenerse alejadas del resto de la sociedad, o crees en enfoques más inclusivos y de apoyo?</p> <p>DS_2. ¿Cómo crees que son tratadas estas personas por los profesionales de la salud?</p> <p>DS_3. ¿Qué harías si supieras que un compañero/a tiene un diagnóstico psiquiátrico como los señalados al inicio?</p> <p>DS_4. ¿Qué harías si tú tuvieras un diagnóstico psiquiátrico como los señalados al inicio?</p>	Distancia social.

		<p>Pregunta de apoyo: Apoyo ¿lo contarías abiertamente?</p> <p>DS_5. ¿Hasta qué punto te relacionarías con una persona que tuviera un diagnóstico psiquiátrico como los señalados al comienzo?</p> <p>DS_6. ¿Consideras que se deberían tomar resguardos para atender a una persona con este tipo de diagnóstico psiquiátrico?</p> <p>Pregunta de apoyo: si no menciona a nivel personal: ¿qué resguardos tomarías?</p>	
	Derechos de las personas con diagnósticos psiquiátricos.	<p>Stg_Pers_4. ¿Consideras que las personas con estos diagnósticos psiquiátricos deberían tener los mismo derechos y deberes que el resto de la población?</p> <p>¿Dónde crees tú que deben ser atendidas las personas con este tipo de diagnóstico psiquiátrico?</p> <p>Pregunta de apoyo: ¿Crees que debe estar permitido que se les hospitalice/apliquen tratamientos de modo forzado?</p>	Estigma hacia personas Stg_Pers_.
CONDUCTAS	Respuestas conductuales actuales o pasadas de índole personal: relación y grado de intimidad, contacto y experiencias directas.	Cond_Pers_1. ¿Has tenido contacto con personas con diagnóstico psiquiátrico? Describe las experiencias que has tenido.	Contacto – desestigmatización.

		Si la respuesta es no, pasar a la siguiente pregunta.	
	Respuestas conductuales actuales o pasadas de índole profesional y esperadas de la profesión	<p>Cont_Carr_1. En tu carrera ¿has tenido algún tipo de contacto con alguien que tenga diagnóstico de trastorno mental? Describe tus experiencias.</p> <p>Si es no, ¿Cómo crees que sería estar en contacto con una persona con diagnóstico de trastorno mental?</p> <p>Cont_carr_2. Desde tu formación profesional ¿Qué cosas crees que puedes y no puedes hacer si tuvieras que atender a una persona con este tipo de diagnóstico psiquiátrico?</p>	Contacto relacionado con la formación profesional.
	Percepción de la atención a la salud de las personas con diagnósticos mentales graves y duraderos en la red asistencial.	¿Considera que los centros especializados [En Chile como servicios de psiquiatría / COSAM (Centros de Atención Comunitarios)] deberían ubicarse en zonas lo más alejadas posible de la población general?	
	Formación profesional Gral.	¿Qué tipos de problemas de salud, que implican discapacidad, se abordan en tu malla de estudios?	Conocer tópicos de la carrera que se orienten a abordar temas de discapacidad mental y física.
FAMILIA	Experiencias personales con familiares diagnosticados con trastornos mentales.	FAM1. ¿Podrías compartir alguna experiencia personal en la que hayas tenido contacto cercano con un	Experiencias Personales y Contacto Familiar

		miembro de la familia que tenga o haya tenido un diagnóstico de trastorno mental? Si dice no, preguntar como seria si existiera alguien.	
	Influencia de experiencias personales en la percepción de la salud mental.	FAM2. ¿Cómo crees que esta experiencia ha influido en tu percepción de la salud mental?	Percepción de la Salud Mental
	Efecto de la educación y creencias familiares en las actitudes hacia los trastornos mentales.	FAM3. ¿Cómo crees que la educación y las creencias sobre la salud mental en tu familia han afectado su actitud hacia las personas con diagnósticos de trastorno mental?	Educación y Creencias Familiares
	Existencia y naturaleza del estigma relacionado con la salud mental en el entorno familiar.	FAM4. ¿Hay algún estigma asociado a la salud mental dentro de su entorno familiar?	Estigma Familiar Aislamiento, debilidad, peligro.
	Influencia del estigma familiar en actitudes y respuestas personales hacia los trastornos mentales	FAM5. ¿Crees que esto ha influido en sus propias actitudes y respuestas hacia las personas con trastorno mental?	Estigma Familiar
	Impacto de las experiencias familiares en la elección de una carrera relacionada con la salud.	FAM6. ¿Consideras que las experiencias de tu familia han influido en tu elección de estudiar una carrera relacionada con la salud? ¿De qué manera?	Influencias en la Carrera Profesional

Fuente: elaborado por equipo de trabajo proyecto "Exploración del estigma en estudiantes de la salud hacia personas con diagnóstico psiquiátrico. Un estudio cualitativo multicéntrico".

Anexo 3: Consentimiento Informado



**Universidad de Concepción
Facultad de Ciencias Sociales
Programa Magíster Intervención Familiar**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN

Estimado/a Estudiante:

Junco con saludar, mediante el presente documento se le invita a participar en la investigación titulada **“Exploración del estigma en estudiantes de la salud hacia personas con diagnóstico de trastorno mental”** cuya investigadora responsable es Karen Loreto Zamora Carrasco, RUN: 15.174.758-2, Trabajadora Social, siendo su profesora Guía de tesis la Dra. Daisy Vidal Gutiérrez, Trabajadora Social y académica del Departamento de Trabajo Social y profesor Co-guía Dr. Alexis Vielman Aguilera, Psicólogo y académico del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

Objetivo del Estudio.

El objetivo de esta investigación es “Explorar los conocimientos, actitudes y respuestas conductuales de estudiantes de la salud hacia las personas con diagnósticos psiquiátricos”. Su participación en el estudio implica que tenga disponibilidad para: Participar de una entrevista semi estructurada, la que durará aproximadamente 40 minutos y será realizada de manera presencial u online según lo que más le acomode. La actividad estará a cargo de la investigadora responsable.

Beneficios.

Su participación permitirá profundizar en el conocimiento y actitudes que tienen los estudiantes del área de la salud hacia personas que presentan un diagnóstico de trastorno mental. El estudio no reportará ningún beneficio directo a usted, sin embargo, su participación ayudará a profundizar en la investigación sobre el estigma hacia personas con diagnóstico psiquiátrico presente en estudiantes de carreras de la salud.

Riesgos.

Si decide participar, o no, es importante tener en cuenta que este estudio no presenta ningún riesgo (ni físico, ni psicológico) asociado a las actividades antes mencionadas. Si ocurre alguna situación que le haga sentir incomodidad, podemos ayudarle a buscar ayuda.

Confidencialidad de las informaciones.

Toda la información que se recoja será grabada y confidencial. No se usará para ningún otro propósito que no sean los de este estudio. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Estos datos serán custodiados por la investigadora responsable. Así también se garantiza la privacidad de las opiniones y juicios emitidos por Usted.

Participación libre y voluntaria.

Su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria. No hay costos ni incentivos económicos por participar en esta investigación. Usted tiene el derecho a no aceptar participar y a poder retirarse de la investigación en el momento que lo estime conveniente. Si Usted retira su consentimiento, sus datos serán eliminados y la información obtenida no será utilizada en este estudio.

Resultados.

Los resultados de la investigación se mantendrán en el medio académico y universitario, medio en que serán publicados, resguardados por la Investigadora Responsable. Usted tiene derecho de ser informado(a) del progreso del estudio y de sus resultados finales. Para ello el contacto será con la Investigadora Responsable.

Preguntas.

Si tiene preguntas, dudas o requiere información adicional sobre su participación en el estudio, puede comunicarse con la Investigadora Responsable, Karen Loreto Zamora Carrasco, correo kzamora2016@udec.cl, celular 9 – 64344949, o a la docente guía del proyecto de investigación Dra. Daisy Vidal Gutiérrez, al correo dvidal@udec.cl o a docente Co-guía Dr. Alexis Vielma Aguilera, al correo electrónico alexisvielma@udec.cl. Si Ud. acepta participar del estudio “Exploración del estigma en estudiantes de la salud hacia personas con diagnóstico de trastorno mental” rogamos firmar el Acta de Consentimiento que sigue.

Anexo 4: Acta de Consentimiento Informado

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Participo de manera libre y voluntaria en el estudio “Exploración del estigma en estudiantes de la salud hacia personas con diagnóstico de trastorno mental”, sobre la base de que he entendido que:

- a) Mi participación no supone ningún tipo de riesgo 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 obligada/o a dar razones y sin que ello me perjudique de ninguna forma.
- d) La información que entrego será grabada y confidencial.
- 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.
- g) Mi consentimiento está dado voluntariamente, sin que mi participación haya sido forzada u obligada.
- h) Este documento se firmará en dos ejemplares, siendo una copia para Usted y otra para el Investigador Responsable.

Persona que solicita el consentimiento Karen Loreto Zamora Carrasco

Firma: _____

Persona que participa de la investigación. Nombre:

Firma: _____

Fecha: _____ de _____ del _____

Anexo 5: Ficha control de calidad

Ficha Control de Calidad

Entrevista Nº	
Perfil	
Carrera	
Curso	
Fecha de entrevista	
Lugar/Medio de entrevista	
Responsable Entrevista	
Consentimiento Firmado	
Duración Entrevista	Hora inicio: Hora término:
Ajuste a la pauta guía de entrevista	
Observaciones	

Anexo 6: Caracterización sociodemográfica y académica de estudiantes entrevistados.

Nº	Sexo	Edad	Carrera	Año	Modalidad entrevista	Contacto con personas con diagnóstico de Trastorno Mental	Duración entrevista
1	H	21	Trabajo Social	Segundo	Presencial	Sí	50 min
2	M	26	Trabajo Social	Cuarto	Presencial	Sí	46 min
3	H	23	Trabajo Social	Segundo	Presencial	Sí	58 min
4	H	20	Medicina	Segundo	Presencial	No	28 min
5	M	22	Trabajo Social	Cuarto	Presencial	Sí	30 min
6	M	23	Kinesiología	Cuarto	Teams	No	40 min
7	M	22	Kinesiología	Cuarto	Teams	No	44 min
8	M	19	Obstetricia	Cuarto	Teams	No	30 min
9	H	20	Kinesiología	Segundo	Teams	No	22 min
10	H	21	Medicina	Segundo	Teams	Sí	35 min
11	M	20	Obstetricia	Segundo	Teams	Sí	58 min
12	H	20	Medicina	Segundo	Teams	Sí	44 min
13	H	23	Medicina	Cuarto	Teams	Sí	1h 47min
14	M	20	Psicología	Segundo	Teams	No	58 min
15	M	20	Kinesiología	Segundo	Teams	No	30 min
16	M	23	Psicología	Cuarto	Teams	Sí	24 min
17	M	21	Psicología	Segundo	Teams	Sí	1h 05min
18	H	22	Medicina	Cuarto	Teams	Sí	54 min
19	M	21	Obstetricia	Segundo	Teams	Sí	35 min
20	H	20	Enfermería	Segundo	Teams	Sí	38 min
21	M	20	Obstetricia	Segundo	Teams	Sí	35 min

22	H	26	Trabajo Social	Cuarto	Teams	Sí	30 min
23	M	23	Trabajo Social	Cuarto	Teams	Sí	32 min
24	M	24	Trabajo Social	Cuarto	Teams	Sí	25 min
25	M	26	Trabajo Social	Cuarto	Teams	Sí	44 min
26	M	20	Trabajo Social	Segundo	Teams	Sí	48 min
27	M	29	Psicología	Cuarto	Teams	Sí	27 min
28	H	27	Trabajo Social	Cuarto	Teams	No	1h 33min

Anexo 7: Malla Temática o Coherencia Metodológica.

Objetivo General	Explorar los conocimientos, actitudes y respuestas conductuales de estudiantes de la salud hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental.			
Objetivo Específico	Categoría Temática	Subcategorías / Códigos	Descripción Conceptual	Vínculo con Guion Temático
1. Identificar ideas y creencias que tienen los estudiantes de carreras de la salud hacia las personas que presentan diagnósticos de trastorno mental.	Significados atribuidos al diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico como etiqueta. - Percepción de anormalidad. - Normalización. - Explicación del malestar. - Confusión conceptual. 	Ideas generales que circulan en torno al diagnóstico en salud mental desde la perspectiva de estudiante.	¿Qué entiendes por trastorno mental? ¿Qué significa tener un diagnóstico?
2. Identificar los prejuicios que tienen los estudiantes de carreras de la salud hacia personas que presentan diagnósticos de trastorno mental.	Prejuicios y estereotipos.	<ul style="list-style-type: none"> - Peligrosidad percibida. - Desconfianza e imprevisibilidad. - Mitos sociales. - Desinformación y simplificación. - Estereotipos naturalizados. 	Representaciones negativas previas que los estudiantes sostienen sobre personas con diagnóstico.	¿Qué se dice sobre las personas con trastorno mental? ¿Qué crees tú?
3. Identificar actitudes discriminatorias que tienen los estudiantes de carreras de la salud hacia las personas que presentan diagnósticos de trastorno mental.	Estigma y discriminación.	<ul style="list-style-type: none"> - Estigma público. - Estigma percibido. - Estigma estructural. - Estigma por asociación. - Autoestigma. 	Dimensiones del estigma que se manifiestan a nivel relacional, institucional o interiorizado por los propios estudiantes. Estas formas se basan en los modelos teóricos de Corrigan, Link	¿Cómo tratan las instituciones a quienes tienen diagnóstico? ¿Has sentido o visto rechazo, exclusión o temor?

			y Phelan, Goffman y otros.	
4.Describir las experiencias previas de los estudiantes de salud en relación al contacto y cercanía con personas con diagnóstico de trastorno mental, y explorar como estas experiencias han influido en sus actitudes y creencias,	Contacto y experiencias previas	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencia directa - Convivencia con pares - Relatos de cercanía o distancia - Impacto emocional del contacto 	Experiencias biográficas o formativas que influyen en la forma en que los estudiantes entienden y responden al diagnóstico.	¿Has tenido contacto con personas diagnosticadas? ¿Cómo ha influido en ti?
5.Describir las experiencias que reconocen los estudiantes en su proceso de formación profesional y que tienen los estudiantes de salud hacia las personas que presentan un diagnóstico de trastorno mental en relación al estigma.	Formación profesional y estigma	<ul style="list-style-type: none"> - Formación insuficiente - Falta de herramientas - Empatía profesional - Visibilización curricular - Propuestas de mejora. - Desequilibrio entre teoría y práctica. 	Cómo la formación académica configura actitudes y conocimientos sobre salud mental, incluyendo sus limitaciones.	¿Qué formación has recibido sobre salud mental? ¿Cómo te ha influido?
6.Investigar la influencia de las experiencias familiares en las percepciones y actitudes de los	Influencia familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencias familiares con personas diagnosticadas. 	Cómo las vivencias familiares previas (diagnóstico, convivencia, apoyo) influyen	¿Tienes familiares con diagnóstico? ¿Cómo ha impactado eso en tu forma de

estudiantes de salud hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental.		<ul style="list-style-type: none"> - Valores y creencias heredadas - Actitudes transferidas 	en la percepción actual del estudiante.	pensar o actuar?
--	--	---	---	------------------

Fuente: Elaboración propia.