



Universidad de Concepción

Dirección de Postgrado

Facultad de Medicina - Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

**EXPLORACIÓN DE LA PRESENCIA DE ESTIGMA EN
PROFESIONALES DE LA MATRONERIA QUE OTORGAN
ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A
PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL.**

Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

SOLEDAD DEL CARMEN INZUNZA PÉREZ

CONCEPCIÓN-CHILE

Docente guía: Yolanda Contreras García
Dpto. de Obstetricia y Puericultura
Facultad de Medicina.
Universidad de Concepción.

Año 2025

Dedicado a Ana Luisa Inzunza Pérez.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, amigas, colegas, usuarias, y a todas las personas con las que he coincidido en esta vida, quienes de diversas formas han contribuido a mi formación personal y profesional.

A quienes confiaron en mi trabajo y me alentaron durante su desarrollo, brindándome el apoyo necesario para continuar este camino.

A la cadena de eventos que me han conducido hasta este punto, desde donde puedo exponer un problema de salud cuyo origen se encuentra en la esencia, simple y compleja de la humanidad misma.

Y un especial agradecimiento a mi profesora guía, Dra. Yolanda Contreras García, quien, con dedicación, paciencia y generosidad, compartió su sabiduría para ofrecerme una perspectiva diferente del ejercicio de la matronería colmada de total pasión y entrega.

ÍNDICE DE CONTENIDO	Páginas
ÍNDICE DE ELEMENTOS GRÁFICOS	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
1.-INTRODUCCIÓN	1
2.-MARCO TEÓRICO	4
3.-OBJETIVOS	13
4.-MATERIAL Y MÉTODO	14
5.-RESULTADOS	18
6.-DISCUSIÓN	48
7.-CONCLUSIÓN	57
8.-LIMITACIONES	58
9.-PROYECCIONES	59
10.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
11.-ANEXOS	68

ÍNDICE DE ELEMENTOS GRÁFICOS	Página
Tabla 1. Características de las y los participantes, durante el momento de la entrevista	18
Tabla 2. Identificación de categorías propuestas y emergentes.	19
Figura 1. Cuadro resumen de categorías propuestas exploradas	46
Figura 2. Cuadro resumen de categorías emergentes identificadas	47

RESUMEN

Introducción: El estigma como fenómeno social, invisibiliza la salud sexual y reproductiva de personas con diagnósticos de trastorno mental. En Chile, esta atención es realizada por la matronería observando un desconocimiento de su abordaje clínico. **Objetivo:** Explorar el fenómeno de estigma, desde la perspectiva de profesionales de la matronería frente a personas con diagnóstico de trastorno mental, durante la atención en salud sexual y reproductiva, en relación con sus competencias profesionales y contextos personales. **Método:** Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, mediante entrevistas semiestructuradas por video llamadas a quince profesionales, utilizando muestreo tipo bola de nieve. Las entrevistas transcritas fueron sometidas a análisis de contenido con ATLAS. Ti Web, según tres categorías predefinidas: experiencia profesional, fortalezas y debilidades en el abordaje y barreras para la atención integral. Investigación aprobada por dos comités de ética institucionales. **Resultados:** Las atenciones fueron percibidas como complejas, demandantes y desafiantes. Identificando como fortalezas sus habilidades blandas y su disposición a la autoformación, mientras que las debilidades correspondieron a la falta de competencias y el desconocimiento sobre necesidades en salud mental. Se evidenciaron conductas estigmatizantes en el ámbito institucional y una subvaloración de las necesidades en salud sexual y reproductiva. Emergieron categorías asociadas a la vulnerabilidad social las usuarias y la sensibilización personal por experiencias cercanas. **Conclusión:** Las atenciones resultaron ser complejas. Se observaron conductas estigmatizantes institucionales y profesionales. Fortalecer competencias de salud mental en la matronería resultan fundamentales para asegurar una atención en sexualidad y reproducción inclusiva y respetuosa de las diversidades.

Palabras clave: *Salud mental, estigma social, atención en salud mental, salud reproductiva, salud sexual.*

ABSTRACT

Introduction: Stigma, as a social phenomenon, obscures the sexual and reproductive health of people diagnosed with mental disorders. In Chile, this care is provided by midwives, with a lack of understanding of their clinical approach.

Objective: To explore the phenomenon of stigma, from the perspective of midwifery professionals, regarding people diagnosed with mental disorders during sexual and reproductive health care, in relation to their professional competencies and personal contexts.

Method: A qualitative study with a phenomenological approach, using semi-structured interviews via video calls with fifteen professionals, using snowball sampling. The transcribed interviews were subjected to content analysis using ATLAS.Ti Web, according to three predefined categories: professional experience, strengths and weaknesses in the approach, and barriers to comprehensive care.

The research was approved by two institutional ethics committees. **Results:** The care provided was perceived as complex, demanding, and challenging. Strengths were identified as soft skills and a willingness to self-train, while weaknesses were identified as a lack of skills and a lack of knowledge about mental health needs.

Stigmatizing behaviors within the institutional setting and an undervaluation of sexual and reproductive health were evident. Categories associated with the social vulnerability of the users and personal awareness due to personal experiences emerged.

Conclusion: Care delivery proved to be complex. Stigmatizing institutional and professional behaviors were observed. Strengthening mental health competencies in midwifery is essential to ensure inclusive and diversity-respecting sexuality and reproduction care.

Keywords: *Mental Health, Social Stigma, Mental Health Assistance, Reproductive Health, Sexual Health.*

1.- INTRODUCCIÓN

El Estudio de la Carga Mundial de Enfermedades (GBD), publicado por Ferrari y cols. (2019), identificó que los diagnósticos de Trastornos mentales (TM) ocuparon el séptimo lugar del listado de causas de “Años de Vida Ajustados por Discapacidad” (AVAD) a nivel mundial, incluyó 204 países y territorios entre los años 1990 y 2019 ⁽¹⁾. Según un artículo publicado por Vigo y cols. (2022), lo anterior se traduce en una estimación de la carga mundial a los TM de un 13,0% del total de AVAD en el mundo para el año 2019, posicionando estos diagnósticos por sobre la carga de los diferentes tipos de cánceres y trastornos respiratorios ⁽²⁾.

De las principales 25 causas de “Años Vividos con Discapacidad” (AVD) en el año 2019, los trastornos depresivos ocuparon el segundo lugar, los trastornos de ansiedad el octavo y la esquizofrenia el vigésimo. Además, el mismo estudio indica que los TM son más comunes en edades comprendidas entre los 25 y 34 años, siendo las mujeres quienes tienen mayor probabilidad de padecer trastornos depresivos o de ansiedad versus sus pares hombres, lo cual advierten que podría explicarse en culturas con alto índice de violencia sexual infantil y violencia de pareja ⁽¹⁾.

En Chile según un informe del “Observatorio de salud mental en Chile” los 3 diagnósticos en salud mental más frecuentes tanto en población infanto-juvenil, adulta, y adulta mayor fueron depresión, ansiedad y estrés; destacando un rol importante en temáticas como la presencia de malestar emocional sostenido en la población chilena, arraigado en factores estructurales (inequidad territorial, acceso limitado a salud), culturales (normalización de violencia) y conductuales (uso de sustancias, aislamiento emocional, falta de redes de apoyo) ⁽³⁾.

La magnitud del problema de salud que representan los TM, tanto a nivel mundial como nacional, evidencia la necesidad de abordarlos como una prioridad en las políticas públicas. Esto resulta especialmente relevante en los llamados *Trastornos Mentales Graves*, casos en que la cronicidad e intensidad de los síntomas afectan de manera significativa la vida cotidiana de quienes los padecen, dificultando su

adecuada relación con el entorno. Es por esto que, se vuelve fundamental considerar los factores socioculturales que inciden en la prevalencia, manifestación y evolución de estos trastornos, a fin de orientar estrategias efectivas de prevención, detección temprana y tratamiento ⁽¹⁾.

En este contexto, surge la necesidad de profundizar en la comprensión del “*Estigma*” como un fenómeno que, según el sociólogo Erwin Goffman, implica la degradación de la integridad de una persona por atributos considerados como negativos por la sociedad ⁽⁴⁾. Este fenómeno está presente hacia personas con diagnósticos de TM, desde profesionales del área de la salud, donde el nivel de estigma se ve influenciado por diversos factores tales como sus programas de formación universitaria, tiempo de ejercicio profesional, presencia de algún familiar o persona cercana con TM, entre otros ⁽⁵⁻⁷⁾.

Hay diferentes formas en que se expresa la estigmatización desde profesionales de la salud hacia personas con algún diagnóstico de TM, una de estas formas es la omisión de diagnósticos importantes donde los médicos pueden atribuir erróneamente problemas físicos al TM, eclipsando enfermedades que a diferencia de las personas que no presentan algunos de estos diagnósticos de TM son fácilmente detectables ⁽⁸⁾.

En una investigación exploratoria cualitativa, se evidenció que las personas con diagnósticos de TM se han sentido maltratadas por parte de los paramédicos con frases que denotan algún tipo de descalificación como “*¿Estás aquí otra vez?!”, “estabas aquí no hace mucho...”* Lo cual es percibido como una reprimenda y rechazo al contacto y este mismo tipo de interacciones pueden producir un distanciamiento entre la persona con TM y su centro de salud, repercutiendo de forma directa en la adherencia a sus tratamientos médicos ⁽⁷⁾.

La Organización Mundial de Salud (OMS) declara que las personas que viven con trastornos mentales viven entre 10 a 20 años menos que la población general y lamentablemente en su mayoría por patologías físicas prevenibles ⁽¹⁰⁾. Esto sumando a los antecedentes, permite reafirmar que el “*Estigma*” hacia personas

con diagnóstico de TM afecta de forma negativa en la calidad de atención en salud recibida por parte de las/los profesionales y por lo tanto también en su calidad de vida.

Un estudio etnográfico recomendó a nivel de políticas de salud mental, abordar el tratamiento de las personas con TM siempre desde una perspectiva biopsicosocial y no solo biomédica ⁽⁷⁾. En este contexto, resulta fundamental reconocer la importancia de atender las necesidades en salud sexual y reproductiva de quienes viven con estos diagnósticos, con el fin de otorgarles herramientas que les permitan disfrutar de una vida sexual y un bienestar integral en su cotidianidad, en igualdad de condiciones que la población sin dichos diagnósticos ⁽¹¹⁾.

En Chile, este desafío cobra especial relevancia, ya que la matronería constituye la principal puerta de entrada a la atención en salud sexual, reproductiva y ginecológica. Sin embargo, hasta la fecha se desconoce cuáles son las conductas que adoptan las y los profesionales de ésta área disciplinar frente a la atención de personas con diagnósticos de trastornos mentales, considerando que sus necesidades de cuidado están directamente relacionadas con esos diagnósticos y tratamientos recibidos, y que estos pueden repercutir significativamente en el ejercicio de la sexualidad, no solo en la presencia de conductas de riesgo, sino también en la dinámica de las relaciones de pareja, afectividad y autoestima^(12,13).

2.- MARCO TEÓRICO:

Estigma

En 1963, el sociólogo Erwin Goffman, en su publicación “Estigma: la identidad deteriorada”, define el fenómeno del estigma como una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador genere una respuesta negativa y sea visto como culturalmente inaceptable o inferior. El estigma es la etiqueta negativa que se pone sobre las personas y de la que les resulta muy difícil desprenderse. En el caso de las personas con trastornos mentales, la sociedad suele etiquetarles de peligrosas, de débiles e inútiles, lo que genera actitudes y actos discriminatorios de rechazo hacia ellas ⁽⁴⁾.

Beviá y cols. (2017) plantean que el estigma forma parte de una estructura social donde, a través de la coerción, quienes tienen poder buscan mantener bajo control a las personas que se escapan de lo normativo, con el fin de “proteger” al resto de la comunidad. Para ello se requiere de una cultura organizacional donde prime el poder y la jerarquización. En la atención en salud, esta jerarquización se refleja en una relación médico-paciente principalmente paternalista donde el equipo médico impone tratamientos e indicaciones de manera unilateral, considerando que sus pacientes no cuentan con facultades idóneas que les permitan tomar las decisiones correctas para sí mismos o su entorno ⁽¹⁴⁾.

Andersen y cols. (2022) plantean a partir de propuestas de cuatro autores diferentes (Link, Yang, Phelan, y Collings) que para que exista estigma, además de desarrollarse en un entorno cultural jerárquico y de poder, deben haber presente seis elementos, entre ellos: deben estar etiquetadas las diferencias entre las personas, en como asociamos esas diferencias a distintos los estereotipos, en la separación de grupos “ellos”/“nosotros”, la pérdida de estatus de las personas estigmatizadas, estructura cultural de poder (no se puede estigmatizar a quien tiene el poder) y la reacción emocional negativa que el estigma puede generar en las personas afectadas (baja autoestima, exclusión social, retraimiento, etc.), sin embargo esta última la plantean más como un efecto del estigma y no como parte

de la definición ⁽¹⁵⁾ .

Algunas variables han emergido en ciertos estudios como factores asociados con el fenómeno de estigma presente en profesionales para la atención en salud, entre las que destacan: edad del /de la profesional ⁽¹⁶⁾, el nivel de estudios ^(16,17), sexo ⁽¹⁷⁾, tiempo de ejercicio profesional ⁽¹⁸⁾, cercanía personal a personas con diagnósticos en TM ⁽¹⁶⁾ y formación específica respecto de la atención en salud de personas con diagnósticos en TM ⁽¹⁹⁾.

Salud Mental

En la antigüedad, durante la Edad Media, el Renacimiento e incluso hasta el siglo XIX, las enfermedades mentales estaban fuertemente cargadas de connotaciones negativas, asociadas a influencias demoníacas o a signos de maldad. Un ejemplo de ello se observa en Francia, donde recién a finales del siglo XIX, gracias a los aportes del médico Philippe Pinel, los entonces llamados “*enfermos mentales*” comenzaron a ser considerados como personas merecedoras de un tratamiento médico. Antes de este cambio, eran confinados en calabozos, bajo la idea de que no eran diferentes de los delincuentes de la época ⁽²⁰⁾.

Con el paso del tiempo, la concepción de los trastornos mentales evolucionó. La Asociación Estadounidense de Psiquiatría los define actualmente como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo, que refleja una disfunción de los procesos biológicos o del desarrollo que sustentan la función mental. Actualmente se reconoce que los trastornos mentales se asocian a un nivel importante de estrés o incluso a presencia de discapacidad en áreas clave de la vida, como lo social, lo laboral u otras actividades relevantes ⁽²¹⁾.

A partir de esta definición, en la actualidad se ha buscado establecer una distinción entre los trastornos mentales y ciertas condiciones como los trastornos del espectro autista, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), la dislexia o la dispraxia. Estas últimas se consideran expresiones de la neurodivergencia,

entendida como una diferencia humana válida y no necesariamente una enfermedad, sino más bien una característica atípica que no requiere tratamiento o cura ⁽²²⁾.

En relación con las mujeres, los trastornos depresivos y ansiosos representan una de las principales causas de años de vida saludables perdidos (AVISA). Aquellas que son víctimas de violencia intrafamiliar presentan mayor riesgo de desarrollar depresión y consumo problemático de sustancias. Asimismo, se ha identificado que alrededor del 30% de las mujeres embarazadas presentan trastornos ansiosos o depresivos, lo que puede repercutir negativamente en el desarrollo psicoafectivo de sus hijos e hijas ^(1,3, 23).

En el caso de los hombres, factores como el consumo de alcohol, los accidentes y la exposición a situaciones de violencia extrema influyen de manera significativa en la aparición de trastornos mentales ⁽²³⁾.

Estigma en la relación profesionales de salud – personas con diagnóstico de trastorno mental.

Una investigación cualitativa exploratoria de Vaccari y cols. (2020) comparó actitudes estigmatizadoras entre profesionales de la salud y personas diagnosticadas con algún TM en centros de atención primaria en las comunas de Concepción y Talcahuano de Chile , donde a través de grupos de discusión y entrevistas semi estructuradas lograron identificar que las personas con diagnósticos de TM perciben actitudes estigmatizantes tanto de los profesionales de salud , como también del centro de salud (asociado a aspectos burocráticos que entorpecen la atención) y sumado a esto también integran actitudes auto estigmatizantes (por ejemplo al autodenominarse “enfermos mentales”). Por otro lado, en cuanto a los profesionales de salud, se identificaron actitudes estigmatizantes hacia sus usuarias/os diagnosticados con algún TM al aplicar etiquetas de connotación negativa, al reprenderles durante sus atenciones, al exhibirles sin su consentimiento durante las rondas clínicas de docencia y/o directamente rechazarles por su apariencia ⁽⁹⁾.

Una revisión sistemática de Le Glaz y cols. (2016) identificó que tanto médicos/as como estudiantes de medicina perciben peligrosidad en sus usuarios/as con algún diagnóstico de TM lo que les ocasiona miedo y rechazo a la interacción prolongada sobre todo ante el diagnóstico específico de esquizofrenia o psicosis, por lo que en ocasiones buscan acotar sus atenciones. Además, esta revisión identificó actitudes pesimistas por parte de los médicos ante la posibilidad de recuperación, sobre todo ante diagnóstico asociados a una causa hereditaria o genética ⁽²⁴⁾.

Lo anterior representa un problema ya que el reducir el tiempo de interacción puede significar en la omisión de diagnósticos o indicaciones que pudiesen lograrse con una duración normal de atención.

En un estudio realizado por Sullivan y cols. (2011) mediante una encuesta transversal aplicada a médicos/as de atención primaria en Estados Unidos, evaluaron las expectativas que los/las profesionales tenían con respecto a sus usuarios/as diagnosticados con algún TM y se describió que las/los médicos desconfiaban de la capacidad de sus usuarios con esquizofrenia para, leer y entender instrucciones, auto gestionarse en términos de salud, para adherir a los diferentes tratamientos o indicaciones. Lo anterior influyó en decisiones importantes asociadas al tratamiento de estas personas ya que se demostró que los médicos evitaban derivar a usuarios/as con esquizofrenia a programas de pérdida de peso aun cuando éstos los necesiten ya que desconfiaban de que siguiesen correctamente las instrucciones ⁽⁸⁾.

Del mismo modo, la presencia de desconfianza y sensación de vulnerabilidad desde profesionales de la salud hacia las personas con diagnóstico de TM por experiencias de interacciones pasadas, lo refuerza la investigación de Vaccari y cols. (2020) , identificando en profesionales sanitarios conductas de evitación y a la práctica de designar a personas específicas con mayores “habilidades blandas” para enfrentar el primer encuentro con personas con diagnóstico de TM, permeando un modelo de atención discriminatorio ⁽⁹⁾. También se pudo observar en las y los profesionales, actitudes defensivas durante las atenciones y tendencia a omitir o minimizar

síntomas de salud ante la creencia de que las personas con TM exageran sus dolencias para ser atendidas/os de manera más rápida, utilizando con manipulación sus diagnósticos para lograr cosas a conveniencia, un ejemplo de ello es el relato del caso de una mujer atendida en ese centro de salud, conocida por maltratar usualmente a su pareja y al interactuar con el equipo de salud actuar como víctima, lo cual generó desconfianza en el equipo de salud que seguía el caso de cerca ⁽⁹⁾ .

Efecto del estigma en la salud de las personas con diagnóstico de trastorno mental.

Un estudio observacional, transversal y analítico realizado por Chang y cols. (2022) creó y validó un modelo de ruta que relaciona el nivel de estigma público, auto estigma y resultados de recuperación de usuarias/os chinos con algún diagnóstico de TM , describiendo una correlación directa en las tres dimensiones, donde a mayor nivel de estigma recibido por parte del entorno, mayor fue el nivel de auto estigma lo que repercutió negativamente en la relación existente entre usuarios/as y sus servicios de salud mental ya que en búsqueda de evitar rechazo por parte del sistema de salud , se alejaban del mismo lo que afectaba su recuperación no solo a nivel de salud mental sino que también en su salud en general ⁽²⁵⁾. Este estudio se condice con los resultados de la revisión sistemática publicada por Clement y cols. (2014) en el que se asoció el nivel de estigma con un distanciamiento entre las personas diagnosticadas con TM y sus centros de salud ⁽²⁶⁾.

Por otra parte, una meta síntesis publicado el año 2022, afirma que tener una enfermedad mental grave afecta la sexualidad y puede provocar sufrimiento y aislamiento social. Lo anterior se podía relacionar en algunos casos a la baja autoestima y auto estigma de las personas con TM, incluyendo el miedo que les produce no ser capaces de mantener una relación de pareja estable, a la ansiedad que les puede generar el desear estar sintomáticamente “compensado/a” y no resultar ser una carga emocional para su pareja. También en uno de los relatos rescatados un usuario expresaba la incomodidad de manifestar libremente su afectividad en un servicio hospitalario donde quiso besar y darle la mano a su pareja

y su terapeuta el increpó mencionando que eso podía molestar al resto de las personas. Asociado a esto también se señaló que los centros de salud mental no ofrecen espacios privados donde las usuarias/os puedan expresarse de manera más cómoda sin el miedo de sentirse observados/as ⁽²⁷⁾.

Un estudio cualitativo publicado por Helu-Brown y cols. (2023) exploró mediante entrevistas en profundidad, la relación entre el estigma y aspectos asociados a la afectividad romántica de personas latinas diagnosticadas con esquizofrenia y destacaron que tanto las personas con el TM como sus familias coincidieron en que el estigma social es potenciado por otros elementos como los síntomas propios de su diagnóstico, falta de confianza en sí mismos, el desempleo y la falta de oportunidades laborales, siendo estos últimos los más destacados puesto que culturalmente la solvencia económica es muy importante y lamentablemente el estigma evita que puedan realizarse en ese aspecto ⁽²⁸⁾.

Necesidades en salud sexual de personas con diagnóstico de trastorno mental.

La OMS define la sexualidad como «...un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales» (OMS, 2006) ⁽²⁹⁾.

Es importante resaltar que los aspectos asociados a la sexualidad y la vida de pareja en cuanto a vínculo afectivo y romántico en personas con enfermedad mental es una necesidad poco abordada por los sistemas de salud. Un estudio publicado el año 2021, hace hincapié en la importancia que posee para las personas que han desarrollado episodios psicóticos el hecho de poder desarrollar una relación en

pareja considerándola parte importante de su recuperación, puesto que se ponen en juego elementos asociados al estigma, auto estigma, niveles de autoestima y autoaceptación del individuo. Mientras que el sistema sanitario se centra en la prevención de una práctica sexual de riesgo y no incorpora este tipo de elementos centrales para la reinserción y la condición de bienestar de personas con trastornos de salud mental, en donde además la medicación afecta su función sexual ⁽³⁰⁾.

Una revisión sistemática publicada por McCann y cols. (2017) buscó sintetizar la evidencia disponible sobre experiencias y percepciones de personas diagnosticadas con algún TM hospitalizadas en centros de salud, acerca de sus relaciones amorosas y sexualidad. En ella se identificó el auto estigma como la principal barrera para concretar una relación de pareja efectiva ya que la disminución de confianza en sí mismo coarta las oportunidades de interacción con el entorno, lo que puede resultar en aventurarse hacia conductas sexuales de riesgo como múltiples parejas sexuales sin protección o la posibilidad de violencia sexual en ciertos diagnósticos que implican episodios de mayor vulnerabilidad como trastornos psicóticos, bipolaridad y/o estados maniacos. Se destacó en la misma revisión la implicancia del tratamiento farmacológico y como se asocia a disfunciones sexuales como disfunción eréctil o disminución de libido que no es considerada como aspecto relevante dentro del contexto de las atenciones en salud ⁽³¹⁾.

Los estudios en general abarcan a profesionales del área médica (psiquiatras) y psicosocial (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales), sin reconocer a profesionales de la matronería como un agente central para la atención de la salud sexual y reproductiva de la población general por lo tanto se desconoce el desempeño en la atención de este grupo de pacientes puesto que no son derivados para este tipo de atención por parte de los profesionales especialistas que les atienden de manera permanente. Por lo que investigar acerca del nivel de estigma que poseen profesionales de la matronería y qué competencias necesitan desarrollar, para crear espacios de confianza y acompañamiento suficiente y seguros; podrían ser uno de los pilares de mejora sustancial de recuperación de

personas con trastornos de salud mental, junto a aplicar intervenciones educativas comunitarias para reducir el estigma.

Una revisión sobre el rol de la matronería en la salud mental, concluye que estas profesionales tienen interés en incorporar la salud mental dentro de su práctica, pero se ven obstaculizadas por barreras organizativas y profesionales. Su centro de abordaje clínico ha sido parcialmente la salud mental perinatal asociado a la prevención y pesquisa oportuna, pero sin embargo con el desarrollo de competencias adecuadas pueden ser un actor relevante en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de personas con diagnóstico de TM, que hasta ahora han sido insuficientemente abordadas ⁽¹²⁾.

Importancia del Estigma en profesionales de la Matronería.

El código sanitario en Chile establece que el rol de los profesionales de matronería abarca la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio normal, así como el cuidado del recién nacido y actividades relacionadas con la lactancia materna, la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva. Dada la naturaleza de estas funciones, es evidente que las matronas y los matrones son los profesionales que interactúan con hombres, disidencias sexuales y especialmente con mujeres ⁽³²⁾.

El estigma cobra especial relevancia como determinante en salud sobre aquellos grupos históricamente propensos a la represión como disidencias y mujeres, y además es considerado un tipo de violencia de tipo “simbólica” ,que según el Diccionario Prehispánico del español Jurídico la violencia simbólica es una “aquella que se ejerce por medio de mensajes, valores, iconos, signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad’ ⁽³³⁾.

Aún hay evidencia que los grupos de disidencias sexuales siguen siendo estigmatizados (violencia simbólica) por el solo hecho de no expresarse de acuerdo a los dictámenes sociales clásicos, y además si poseen un diagnóstico en salud

mental son doblemente estigmatizados, lo cual ante la escasez de redes de apoyo efectivas o aceptación social, serían más propensos al auto estigma y a la soledad, dificultando construir relaciones amorosas significativas ⁽³¹⁾.

Situación similar ocurre con las mujeres, ya que según Serrano y colaboradores (2022), diversos determinantes sociales afectan negativamente la salud física y psicológica de éstas ⁽³⁴⁾. Y si a esto se suman aspectos como la violencia ginecobstetricia, definida por la ley chilena n.º 21.675 como cualquier maltrato o agresión psicológica, física o sexual, negación injustificada o el abuso durante la atención de la salud sexual y reproductiva, especialmente relevante durante el embarazo, el parto, el puerperio, el aborto o en situaciones de urgencia ginecológica donde profesionales de la matronería pueden influir positiva o negativamente de forma directa, podemos entender el motivo por el cual la exploración del “Estigma” como otra forma de violencia en atención en salud es de vital relevancia en contexto de atención matronil ^(35,36).

A pesar de que son numerosos los factores que impactan negativamente la salud de las personas, especialmente en ciertos grupos o personas con menos “poder” y más aun en aquellas que poseen algún diagnóstico en salud mental, es crucial comprender cómo las/os profesionales de matronería se relacionan con sus recuerdos de experiencias estigmatizantes hacia personas con diagnóstico en salud mental en el contexto de su ejercicio profesional. Esto permitirá conocer la forma como se manifiesta este tipo de violencia en el ámbito de la salud y la manera en que podría influir en el proceso terapéutico de las personas con diagnóstico en salud mental que requieren atención.

3.- OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Explorar el fenómeno de estigma desde la perspectiva de profesionales de la matronería frente a personas con diagnóstico de trastorno mental, durante la atención en salud sexual y reproductiva, en relación con sus competencias profesionales y contextos personales.

3.2 Objetivos específicos

1. Describir la experiencia de profesionales de la matronería en la atención en salud sexual y reproductiva de personas que posean el diagnóstico en salud mental.
2. Identificar fortalezas y debilidades de la matronería para la atención de salud sexual y reproductiva de las personas con diagnóstico en salud mental.
3. Identificar barreras institucionales y socioculturales de la atención en salud sexual y reproductiva asociadas a que una usuaria/o posea algún diagnóstico en salud mental.

4.- MATERIAL Y MÉTODO:

4.1 Diseño del estudio

Cualitativo, con enfoque fenomenológico, donde se buscó reconocer y comprender las experiencias de profesionales que brindan atención en salud sexual y reproductiva en distintos niveles de atención de la matronería.

4.2 Población de estudio

La población se abordó mediante convocatoria a profesionales de la matronería, que contaran con al menos una experiencia de atención en salud sexual, reproductiva o ginecológica de alguna persona con diagnóstico en salud mental.

4.3 Tipo de muestreo

El tipo de muestreo es intencionado en cadena o por redes (bola de nieve) se contó con un total de 15 participantes (10 mujeres y 5 hombres), finalizando el reclutamiento por saturación de discurso, que permitió explorar la experiencia de atención según tiempo de ejercicio profesional, edad y sexo.

Se enviaron invitaciones virtuales por correo a las y los profesionales que cumplieron con los criterios de inclusión, se les explicó la modalidad de la entrevista, características del estudio y posteriormente mediante mutuo acuerdo se coordinó fecha y hora para la ejecución propiamente tal de la entrevista.

4.4 Criterios de inclusión

1. Profesionales de matronería con experiencia de atención en salud de al menos una persona con diagnóstico en salud mental.
2. Profesionales de matronería que se encuentren ejerciendo la profesión actualmente en cualquier nivel de atención o sistema de salud.
3. Profesional de matronería que cuente con disponibilidad para participar de una entrevista presencial o que cuente con los elementos tecnológicos que permita un encuentro telemático ininterrumpido.

4.5 Criterios de exclusión

1. Profesionales que presenten condición de salud incompatible con el desarrollo óptimo de una entrevista en profundidad vía telemática o presencial.

4.6 Recolección de la información

La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada, para la cual se diseñó un guion temático con ayuda de un grupo de expertas en el área de estigma, el cual permitió asegurar el abordaje de todos los puntos esperados, y comprender la experiencia, identificando las fortalezas y debilidades de las competencias profesionales de las personas participantes.

10 de las entrevistas se realizaron durante el año 2023 y el resto se realizaron durante el año 2024 y 2025. El método de desarrollo de todas las entrevistas fue a través de video llamada, con una duración mínima de 30 minutos y máxima de 60 minutos. Previo a la entrevista cada participante accedió y consintió su participación en el estudio. Cada participante además del consentimiento informado, obtuvo la ficha informativa del estudio completo. El guion temático para la entrevista semiestructurada, se adjunta en el **(Anexo 1)**.

4.7 Categorías de análisis

A través del desarrollo de las entrevistas se realizaron una serie de preguntas que tributaron a 3 categorías propuestas a priori en conjunto a sus subcategorías.

1. Experiencia profesional en atención de persona/s con diagnóstico de TM.
2. Fortalezas y debilidades profesionales y personales.
3. Barreras institucionales y socioculturales

Tras la lectura en profundidad de cada entrevista transcrita, se identificaron 2 categorías emergentes:

4. Reconocimiento del contexto social
5. Sensibilización hacia las necesidades de salud mental por experiencia personal.

4.8 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se exploraron las categorías a priori mencionadas, en consecuencia, con los objetivos específicos y las categorías emergentes, las cuales son explicitadas en el cuadro lógico con su detalle para abordaje durante la realización de la entrevista.

Se realizó una transcripción literal de cada sesión y luego un análisis de contenido, aplicando el método de comparación constante, identificando las categorías propuestas y las emergentes, utilizando el software ATLAS. Ti web y centrado en el enfoque fenomenológico que buscó reconocer la experiencia de las personas desde su propio relato.

Para resguardar la privacidad de las y los entrevistadas/os se codificaron las identidades de cada participante de manera que se describe primero el número de la persona entrevistada (según orden de entrevista), su edad, sexo, tiempo de experiencia profesional y la función que ejerce en su lugar de trabajo en el momento en que fue realizada la entrevista, haciendo distinción entre profesional clínico, docente u otro. No se mencionaron los nombres de los centros de salud, pero si se describe el nivel de atención, donde la mayoría de las personas participantes declararon desempeñarse en Atención Primaria en Salud (APS), seguidos por participantes ejerciendo en hospitales de alta complejidad, dos hombres como docentes universitarios (no clínicos) y una persona se encontró ejerciendo como docente clínica en un hospital de baja complejidad.

4.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación se encuentra enmarcado en un proyecto de investigación ligado al **FONDO DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN (FAI)** de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, el cual fue revisado y aprobado el 31 de agosto del año 2023 por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción (2023 FAI121 OCO 3120000185) y el 12 de octubre 2023 por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción (CEBB 1550-2023) (**Anexos 2 y 3**). Por lo tanto, se cuenta con un documento de Consentimiento informado que cuenta con una ficha Informativa y hoja de firmas respectiva (**Anexos 4 y 5**) regidos por las normas internacionales de ética de investigación en salud y todas las consideraciones de la Ley n°20.120.

De cada Consentimiento Informado leído, comprendido y aprobado por cada participante, quedó un registro virtual de dicha aceptación, la cual está a disposición del Comité de Ética Científico de la Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

5.- RESULTADOS

5.1 Caracterización de los participantes

Del total de profesionales entrevistados, 10 de ellas fueron mujeres y 5 hombres con edades que fluctuaron entre los 27 y 63 años, los tiempos de ejercicio profesional oscilaron entre los 2 y 42 años. Al momento de la entrevista, 8 participantes se identificaron como profesionales clínicos de Atención Primaria en Salud (APS), 2 como docentes clínicos de un hospital de alta complejidad (HAC), 2 docentes universitarios exclusivos, 1 docente clínica de hospital de baja complejidad (HBC), 1 profesional clínico de HAC y 1 profesional clínico que se encontró ejerciendo tanto en HBC y en APS. Las y los entrevistados fueron principalmente de la provincia de Concepción, 2 de la región de Ñuble y uno de la región Metropolitana de Santiago. El detalle del perfil de las y los participantes ver **tabla 1**.

Tabla 1 - Características de las y los participantes, durante el momento de la entrevista

N°	Sexo	Edad (años)	Experiencia profesional (años)	Área de desempeño laboral	Lugar de trabajo	Región de residencia
1	Mujer	29	2	Matrona clínica	APS	Biobío
2	Mujer	30	7	Matrona clínica	APS	Biobío
3	Mujer	58	34	Matrona clínica	APS	Biobío
4	Mujer	38	13	Matrona clínica	APS	Biobío
5	Mujer	63	42	Matrona clínica	APS	Biobío
6	Mujer	28	6	Docente clínica	HBC	Biobío
7	Mujer	31	5	Docente clínica	HBC	Biobío
8	Mujer	27	4	Docente clínica	HAC	Biobío
9	Mujer	29	7	Matrona clínica	APS	Biobío
10	Mujer	29	5	Matrona clínica	APS	Ñuble
11	Hombre	39	11	Docente	Universidad	Biobío
12	Hombre	30	7	Matrón clínico	HAC	Biobío
13	Hombre	27	3	Docente	Universidad	Metropolitana
14	Hombre	32	2	Matrón clínico	HBC y APS	Biobío
15	Hombre	31	9	Matrón clínico	APS	Ñuble

APS= Atención primaria de Salud; HAC=Hospital de alta complejidad ; HBC= Hospital baja complejidad.

Fuente: Elaboración propia

Aunque se describen aspectos generales de los lugares de trabajo de las/los

participantes, los relatos citados sobre sus experiencias de atención a personas con diagnóstico de TM no siempre corresponden a experiencias dentro de sus contextos laborales actuales, sino que en varios casos provienen del recuerdo de experiencias previas, ocurridas incluso en otros niveles de atención.

Los resultados fueron clasificados y explorados a partir de las siguientes categorías propuestas y además del reconocimiento de 2 categorías emergentes que se indican en la **tabla 2**.

Tabla 2. Identificación de categorías propuestas y emergentes.

Categorías propuestas a priori	Categorías emergentes
<p>1. Experiencia profesional en atención de persona/s con diagnóstico de TM.</p> <p>Subcategorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Descripción de experiencia profesional en la atención otorgada a persona con diagnóstico de TM. 1.2 Conocimiento sobre el diagnóstico en salud mental de la/las persona/s que atendió. 	<p>1. Reconocimiento del contexto social</p>
<p>2. Fortalezas y debilidades profesionales y personales.</p> <p>Subcategorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Descripción de fortalezas para la atención integral. 2.2 Descripción de debilidades para la atención integral. 2.3 Necesidad de apoyo de otro profesional durante la atención. 	<p>2. Sensibilización hacia las necesidades de salud mental por experiencia personal.</p>
<p>3. Barreras institucionales y socioculturales</p> <p>Subcategorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Conocimiento sobre necesidades en salud sexual y reproductiva de personas con diagnóstico de TM. 3.2 Percepción de estigma para la atención en salud SSYR hacia personas con diagnóstico en salud mental de otros profesionales de matronería 	

<p>3.3 Percepción de facilitadores y barreras para la atención en salud SSYR de personas con diagnóstico en salud mental de su lugar de trabajo</p>	
<p>3.4 Conocimiento general sobre "ESTIGMA".</p>	

Fuente: Elaboración propia

5.2 Categorías propuestas y sus subcategorías.

1. Experiencia profesional en atención de persona/s con diagnóstico de TM.

Se entiende como la narración de una o más experiencias relatadas por cada entrevistada/o en relación con la atención brindada a una persona con diagnóstico de TM en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Los diagnósticos de TM de las usuarias mencionadas no requerían características o particularidades específicas, como pertenecer al grupo de trastornos mentales graves; sin embargo, debían estar consignados en sus fichas clínicas o evidenciarse mediante comportamientos o actitudes observables durante la atención, reconocidos por las y los entrevistados.

Considerando que a toda persona que atiende debe entregarle atención integral desde el punto de vista clínico y educativo, teniendo en consideración la necesidad de adecuar abordaje según necesidades específicas de cada usuaria/o. Se abordan aspectos significativos, aprendizajes, desafíos, emociones y reflexiones durante el proceso de atención otorgado.

1.1 Descripción de experiencia profesional en la atención otorgada a persona con diagnóstico de TM.

Como primera apreciación dentro de las experiencias relatadas, destaca que todas las personas entrevistadas declararon que el nivel de complejidad percibido para estas atenciones fue elevado, lo que implicó un esfuerzo mayor por parte de

las profesionales para sostener una relación terapéutica efectiva. Resaltando en los relatos que la atención exigió mayor dedicación para entregar información fidedigna y, al mismo tiempo, responder a las necesidades particulares de cada usuaria. Esto se ejemplifica en los siguientes extractos:

*“... **yo he tenido un par, un par de situaciones complejas, complejas** en con respecto al trato, porque de hecho he sido maltratada. Mi personal ha sido maltratado por... por personas con problemas de salud mental. Uno lo... uno lo entiende... **Uno tiene que lidiar con eso también.**” [E3, 58 años, mujer, 34 años de experiencia profesional, clínica APS]*

*“Sí... el año pasado eh una usuaria que tiene diagnóstico de trastorno ansioso generalizado y esquizofrenia consultó por sospecha de embarazo... tenía sus exámenes negativos para embarazo, pero esta persona sentía o creía estar embarazada porque sentía movimientos, ehh y **fue una atención igual compleja**, porque era una **persona altamente demandante** porque me exigía escuchar latidos que, según mi experiencia profesional, no habían, no iban a haber...” [E6, 28 Años, mujer, 6 años de experiencia profesional, docente clínica en hospital de baja complejidad]*

*“... **fue el primer año de la sección de ginecología atendiendo a las pacientes de la ley Dominga, y ha sido una carga bastante grande, la verdad, agotadora.**” [E12, 30 años, hombre, 7 años de experiencia, clínico en hospital de alta complejidad]*

Un segundo elemento que se identifica en los relatos es que existe comprensión hacia el contexto en el que se encuentran las usuarias. Sin embargo, en ocasiones las atenciones suponen desde la experiencia clínica un riesgo para la integridad del equipo de trabajo y/o para sí mismas, incluyendo la decisión de distanciamiento por parte de las profesionales hacia la atención de este tipo de usuarias. Esto se ejemplifica en los siguientes relatos:

*“Una usuaria que estaba, **no sé si era esquizofrenia lo que ella tenía, pero tenía***

trastorno de personalidad límite, depresión severa, y ella estaba embarazada. Entonces yo lo que más recuerdo que me marcó mucho era que ella decía que tenía un monstruo. Quería eliminar este monstruo ... que este monstruo la iba a matar. Entonces era bien complicado ese caso... mantuve los estudiantes al margen de... de ese caso, en realidad, porque era bien complejo de abordar.” [E7, 31 años, mujer, 5 años de experiencia profesional, docente clínica hospital de alta complejidad]

“En el caso puntual de esta persona... me ha hecho un poco compleja la vida... ella es violenta verbalmente. Tanto con las TENS como conmigo. Entonces en ese caso ya prefiero yo hacer un pie a un lado, porque ella me considera una mala profesional.” [E3, 58 años, mujer, 34 años de experiencia profesional, clínica APS]

1.2 Conocimiento sobre el diagnóstico en salud mental de la o las personas que atendió.

El identificar previamente el diagnóstico de salud mental, permitiría anticipar ciertas conductas de abordaje para la atención clínica y además permitiría comprender la fisiopatología de base junto al tratamiento farmacológico probable que debiera estar realizando dicha/o usuaria/o. Con ello, orienta aspectos asociados a efectos secundarios o acciones cruzadas con indicaciones para el cuidado de la salud sexual o reproductiva. O bien considerar ajustes de medicación necesarios según situación de salud sexual o reproductiva que esté viviendo la persona. En este sentido pone al o la profesional en alerta frente a las situaciones necesarias de revisar y modificar señaladas anteriormente.

De los discursos se desprende que las y los profesionales no contaban con conocimientos claros respecto de las implicancias clínicas específicas de los diagnósticos de trastornos mentales de las personas atendidas. Esto se debió en algunos casos a un desconocimiento directo de las características clínicas de los diagnósticos y en otros a las dificultades para acceder a dicha información. Es por esto que en algunos casos identificaron la presencia de los diagnósticos a partir de actitudes o comportamientos observados en sus usuarias, en relatos como:

“No me acuerdo bien qué diagnóstico tenía, pero sí era una persona que estaba internada y... y tenía ya varias semanas porque le íbamos a escuchar los latidos.”
[E2, 30 años, mujer, 7 años de experiencia profesional, clínica APS]

*“Entonces en el fondo, como a grandes rasgos, **recopilé lo que salían de las anamnesis anteriores, pero tampoco salía tan especificado.** Y ahí ella me comentó que ella recibía una inyección... y creo que había pasado un periodo de tiempo en el cual ella no se había inyectado, que en el fondo era el medicamento, era el modecate creo que se llama”* [E9, 29 años, mujer, 7 años de experiencia profesional, clínica APS]

*“...**hay características en las que uno se fija cuando uno trabaja en salud...** siempre andan como **muy apurados, o acelerados, hablan muy rápido, movilizan mucho los pies, las manos, eh hablan muy fuerte, son personas altamente demandantes** en la solicitud y al expresar sus necesidades de salud.”*
[E6, 28 años, mujer, 6 años de experiencia profesional, docente clínica en hospital de baja complejidad]

*“Muy probablemente sea exacerbado quizás por otro diagnóstico que tenía... una **persona como muy, no sé si está bien dicho, quizás, como por muy víctima.** Entonces, era como que algo pasaba ahí, **como que todo era malo, y ella sentía mucho dolor** y no se... igual me llamaba mucho la atención...”* [E15, 31 años, hombre, 9 años de experiencia, clínico APS]

2. Fortalezas y debilidades profesionales y personales.

El concepto de fortalezas y debilidades viene a proponer desde el diseño estratégico el reconocer elementos internos que posee una persona, comunidad u organización para abordar una determinada situación, fenómeno o problema. En particular se pretenden abordar mediante el análisis reflexivo de cada participante estos elementos internos que pudo reconocer a propósito de una o más experiencias recordadas.

2.1 Fortalezas para la atención integral

Aquellos elementos que permiten abordar de manera óptima la atención en cuanto a recabar información clave, dar atención clínica y examen gineco-obstétrico adecuado incluyendo acciones procedimentales y entregar orientaciones de cuidado, educación según necesidad e indicaciones de continuidad de atención.

Como primera fortaleza, se identifica en gran parte de los discursos el reconocimiento del importante rol que cumplen las habilidades blandas y compromiso profesional como fortalezas para la atención integral de personas con diagnósticos de TM. Lo cual se evidencia en los siguientes relatos:

*“...pienso que siempre las matronas somos **bastante empáticas**... y además **tratamos de resolver y ayudar** a la otra persona que tenemos al frente, por lo menos lo que yo observo acá en mis colegas... siempre tratamos de buscar solucionarle el problema a la persona...” [E4, 38 años, mujer, 13 años de experiencia profesional, clínica APS]*

*“...yo creo que es la **comunicación**... uno de los aspectos que tengo ahí es poder comunicarme con las usuarias. Poder ser **empática**, poder **escucharla**.” [E7, 31 años, mujer, 5 años de experiencia profesional, docente clínica hospital de alta complejidad]*

*“Y creo que en ese momento me ayudó mucho el tema de las **habilidades comunicacionales, de poder tener empatía, de poder no simplemente enfocarse a lo clínico, sino también decir, ya hagamos una pausa y qué otras cosas podemos abordar.**” [E11, 39 años, hombre, 11 años de experiencia profesional, docente universitario]*

*“Hubo una fortaleza que no la he considerado ... después de mucho tiempo veo que la tengo, es la **paciencia y la empatía**... esta misma paciente con un trastorno de bipolaridad y depresión... te demandaba que le explicaran mucho las cosas... Igual **tienes que empatizar con ella, saber en el contexto** en el que está y tener*

*paciencia de **darte el tiempo de poder explicarle hasta los puntos y las comas una, 2, 3, 4, 5 veces para su tranquilidad***” [E12, 30 años, hombre, 7 años de experiencia, clínico en hospital de alta complejidad]

*“...considero que soy **amable, empático... sé escuchar o me interesa escuchar a la gente...** hace que las pacientes se sientan un poquito más acogidas”* [E15, 31 años, hombre, 9 años de experiencia, clínico APS]

Como segunda fortaleza identificada, las dos entrevistadas con más años de experiencia profesional, mencionaron elementos asociados a la formación profesional universitaria como un aspecto importante de destacar, identificado expresamente en la narración:

*“...tenemos una **excelente formación de pregrado... tenemos acceso a seguir teniendo preparación ya ahora ya como postgrado, tanto como diplomados, sexualidad...** lo que nos permite poder hacer un buen acompañamiento a nuestros pacientes.”* [E3, 58 años, mujer, 34 años de experiencia profesional, clínica APS]

*“Yo creo que... **la formación, que he tenido desde el principio.** Otra, que me gusta el trabajo con la gente...”* [E5, 63 años, mujer, 42 años de experiencia profesional, clínica APS]

Una tercera fortaleza identificada por algunas/os entrevistadas/os es el compromiso con la autoformación en temáticas que amplían y enriquecen el abordaje integral de la atención clínica, ejemplificado por:

*“En realidad la **autoformación...de salud sexual reproductiva, pero para la población LGTB...**”* [E1, 29 años, mujer, 2 años de experiencia profesional, clínica APS]

*“En algún momento **hice capacitaciones de atención en salud mental y sensibilización respecto...** hablamos sobre esquizofrenia y otros trastornos... también pude hacer el diplomado en salud primal, y **eso me sirvió para dar otro enfoque a la atención.** Mucho más empática, mucho más respetuosa también”*

[E10, 29 años, mujer, 5 años de experiencia profesional, clínica APS]

*“... yo fui formado en **diplomado en sexualidad y eso me entregó muchísimas herramientas** también para poder contener y abordar problemáticas que sean trascendentales o traumáticas en la vida de una persona.” [E13, 27 años, hombre, 3 años de experiencia, docente universitario]*

Como cuarta fortaleza identificada a partir de los relatos también se encuentran características propias del ejercicio profesional de la matronería, que posibilitan el abordaje de temáticas sensibles y vinculadas a la vida íntima de las usuarias. Estas particularidades favorecen la generación de confianza durante la atención clínica, lo que a su vez facilita la pesquisa de factores relevantes para la salud, relatado como:

*“...tenemos un contacto más directo que otros profesionales. Muchas veces las usuarias **nos van a poder contar algo que no le van a contar a otro profesional** debido a las preguntas que nosotros hacemos...las matronas y matrones pueden llegar a indagar un poco más allá.” [E9, 29 años, mujer, 7 años de experiencia profesional, clínica APS]*

*“...Entonces **pienso que le tienen confianza, sobre todo si son matronas que las han atendido... hacen grata la atención**, entonces las mujeres más que consultar con médico le preguntan a la matrona siempre...porque yo la conozco, yo le hago caso a usted”. Entonces pienso que si uno es capaz de indagar ehh “oiga está con este antidepresivo, y ¿cómo anda? eh ¿cómo está con su pareja? ¿cómo se ha sentido? y te dice “no sabe qué hace dos meses nada, y él me reta y se enoja conmigo, porque dice que yo no lo quiero, pero en realidad es porque yo no siento nada con esta no sé, sertralina que estoy tomando, no siento nada” obviamente si uno les explica ...” [E10, 29 años, mujer, 5 años de experiencia profesional, clínica APS]*

2.2 Debilidades para la atención integral

Considerados aquellos elementos que no permitieron otorgar de manera óptima la

atención ni abordar las necesidades particulares de cada usuaria y que pudieron dejar la sensación de inconformidad con la atención otorgada.

En los discursos de los profesionales, se reconocen diversas debilidades en relación con la atención integral, **la primera de ellas** fue la insuficiente preparación durante la formación de pregrado para abordar este tipo de intervenciones como una primera gran debilidad, ejemplificados en los siguientes extractos:

*“...Pero sí es, es un proceso, **que debería venir desde el pregrado**, con conceptos teóricos, con entenderlos... a las patologías de salud mental, el manejo de las crisis.” [E7, 31 años, mujer, 5 años de experiencia profesional, docente clínica hospital de alta complejidad]*

*“Siento que son **herramientas que muchas veces en el pregrado quizás no son tan profundizadas**, y son herramientas que uno tiene que empezar como a... buscar y a... potenciar por ese lado... para dar una mejor atención.” [E8, 27 años, mujer, 4 años de experiencia profesional, docente clínica hospital de alta complejidad]*

*“La formación a lo mejor de pregrado ... ehh sí aborda en la matronería algunos aspectos, **pero hay hartos más que quedan al debe**, o que se deberían agregar...” [E9, 29 años, mujer, 7 años de experiencia profesional, clínica APS]*

*“Siento que, entre tantos contenidos, cierto... que se intentan abordar **en el pregrado, hay muchos que no se profundizan en el nivel que quizás debiéramos otorgarle.**” [E13, 27 años, hombre, 3 años de experiencia, docente universitario]*

*“...yo creo que la matrona que se está formando debiera tener un ramo de **salud mental** donde vean todo el tema de las drogas ... tiene que saber de violencia intrafamiliar, tiene que saber de depresión, de trastornos ansiosos, de trastornos psiquiátricos, de trastornos alimentarios... de demencia senil, de alzheimer...” [E5, 63 años, mujer, 42 años de experiencia profesional, clínica APS]*

Solo un entrevistado mencionó la preparación de pregrado como una debilidad, pero señalando que durante su formación universitaria no habría optado por un curso adicional o una asignatura complementaria al plan de estudios, ya que en ese momento a modo personal él no atribuía relevancia a este tipo de temáticas, señalando:

*“...por eso es muy importante, quizás sí incluirlo, pero siéndote súper honrado, **si yo me transporto a la U y me hubieses ofrecido un ramo de esos, como electivo, no lo hubiese tomado...** mi enfoque ahora es si, enséñenme todo lo que quieran, sobre todo de salud mental, **porque yo sé que estamos super débiles en esa área...** te lo estoy diciendo de manera super madura de quién ha aprendido, quién se ha equivocado harto... Me da quizás hasta vergüenza decírtelo, pero hace 10 años tenía muchas presiones, muchos conceptos que hoy día no.”*
[E15, 31 años, hombre, 9 años de experiencia, clínico APS]

Una segunda debilidad identificada en los discursos corresponde a la falta de conocimientos con respecto a las implicancias clínicas de los diagnósticos en TM. Como también sobre elementos asociados al abordaje clínico efectivo en estos casos. Esto se refleja en extractos como:

*“...yo creo que quizás la **falta de conocimiento de qué diagnósticos a lo mejor pueden ser más comunes...** Como que en la formación profesional falta un poco más... profundizar en estos temas”* [E2, 30 años, mujer, 7 años de experiencia profesional, clínica APS]

*“Ehh yo creo que **mayor conocimiento como en temática de salud mental...** como los **tipos de diagnósticos que existen, cómo atender a estas personas, si es que hay alguna modalidad que sea un poco menos complejo...**”* [E8, 27 años, mujer, 4 años de experiencia profesional, docente clínica hospital de alta complejidad]

*“Sí, creo que... la base es **mejorar en torno al conocimiento en estas patologías y cómo afectan ... la salud sexual y reproductiva de nuestras usuarias.**”* [E11, 39

años, hombre, 11 años de experiencia profesional, docente universitario]

*“Yo creo que la **debilidad siempre va a estar en el conocimiento...**para poder integrar formas de atender, de ser más cercano, o de mantener distancias también, porque hay que manejar ambos escenarios, ¿cierto? De las usuarias que son ultra demandantes y de las usuarias que tenemos que mejorar la adherencia” [E13, 27años, hombre, 3 años de experiencia, docente universitario]*

*“...tener **conocimiento de los pasos, que hacer frente a un momento de crisis. Como un código azul, pero de salud mental...**qué hacer ahí in situ, en el box, es importante...” [E10, 29 años, mujer, 5 años de experiencia profesional, clínica APS]*

Como **tercera debilidad** rescatada a partir de los discursos se señaló la tendencia a cuestionar las decisiones de las personas atendidas desde una perspectiva paternalista de la relación clínica, así como la presencia de juicios internos respecto a la falta de responsabilidad atribuida a algunas usuarias que interrumpen sus tratamientos o no mantienen una adecuada adherencia a los controles habituales, descrito de la siguiente forma:

*“Yo creo que puede ser por ejemplo... de a veces **cuestionar internamente...** por qué las personas dejan su medicación o no asisten a sus controles, **sí yo creo que es como un juicio de valor.**” [E6, 28 Años, mujer, 6 años de experiencia profesional, docente clínica en hospital de baja complejidad]*

*“Siento que también me falta alguna competencia que pudiese permitirme desenvolverme frente a ese tipo de usuaria. Y también... **evitar el tema de la paternalización** que uno a veces tiende a tener con las usuarias... **que eso obviamente va a interferir en la atención que uno esté otorgando**” [E9, 29 años, mujer, 7 años de experiencia profesional, clínica APS].*

2.3 Necesidad de pedir apoyo de otro profesional durante la atención.

Referida a la acción de pedir ayuda o colaboración durante la atención clínica para lograr cualquiera de los objetivos propuestos en contexto de atención sanitaria,

teniendo que estar en compañía de un/una colega de mayor experiencia u otro profesional con mayor cualificación.

De los relatos se evidencia que en algunos casos si fue necesaria la intervención de otro profesional, ya sea colega matrona con más experiencia o profesional psicólogo/a. Esto sobre todo en situaciones que representaron un gran desafío para quien se encontraba realizando la atención directa y que superaba sus capacidades resolutivas, ejemplificado por:

“...tenemos una niña que tiene discapacidad intelectual por retraso mental... yo no busqué ayuda, pero sí mi colega porque yo la conozco bastante, hace hartos años. Y ella para ponerse el implante, no quería ponerse la anestesia porque le daba miedo... Entonces ahí me fue a buscar para tratar de... de ayudarla, de calmarla, de contenerla, como me conocía, y se la pudo poner.” [E4, 38 años, mujer, 13 años de experiencia profesional, clínica APS]

“...me pasó que tuve que acudir al psicólogo ... tenía a una gestante con ideación suicida y no sabía si ingresarla a PROSAM y derivarla con médico o derivarla a la urgencia directamente. Entonces él me orientó un poco...” [E6, 28 Años, mujer, 6 años de experiencia profesional, docente clínica en hospital de baja complejidad]

“... en el alto riesgo, en algunas ocasiones solicité la ayuda de una colega para poder contener a una usuaria emocionalmente, porque la conocía más... la colega en cuestión está estudiando también psicología. Entonces sí había herramientas distintas de abordaje con la usuaria...” [E7, 31 años, mujer, 5 años de experiencia profesional, docente clínica hospital de alta complejidad]

“...hace poco había fallecido su hijo de dos años porque se había ahogado en la piscina, y en control ella decía que tenía planes de embarazarse, entonces le consulté si ella quería esos planes para pronto... se descompensó, estaba muy mal, y ahí tuve que recurrir a la atención de urgencia y un psicólogo me ayudó. Y eso fue positivo, me ayudó mucho tener la cooperación del psicólogo” [E10, 29 años, mujer, 5 años de experiencia profesional, clínica APS]

“... le pregunté si es que le parecía, si llamaba a una psicóloga para poder hacerle una atención u orientarla, porque yo asumí que yo no era capaz de poder concretar algo más o encausarla para que tome alguna decisión clara, porque era algo que atentaba hasta con su vida, si mal no recuerdo” [E15, 31 años, hombre, 9 años de experiencia, clínico APS].

3. Barreras institucionales y socioculturales

Entendida como aquella construcción personal y subjetiva de la interpretación que posee el o la profesional en torno a la atención otorgada a personas con diagnóstico en salud mental tanto a nivel de su propio abordaje clínico como desde las acciones concretas de la institución en la cual se desempeña. De alguna manera se abordó desde el concepto de representaciones sociales que permite reconocer elementos asociados a los conocimientos adquiridos de la sociedad, la cultura y de la propia experiencia de la práctica clínica.

3.1 Conocimiento sobre necesidades en salud sexual y reproductiva de personas con diagnóstico en de TM.

Se entiende como la comprensión acerca de las necesidades específicas asociadas a un diagnóstico de salud mental en una usuaria/o, considerando que la salud sexual y reproductiva constituye un derecho fundamental de todas las personas y que algunas patologías de salud mental pueden requerir abordajes específicos, tanto por las características propias de la enfermedad como por el tipo de tratamiento y sus posibles efectos.

En primer lugar, en los testimonios se advierte la presencia de una posible subestimación hacia el cuidado de la salud sexual y reproductiva en personas con diagnóstico de TM durante las atenciones clínicas. A continuación, se exponen algunos ejemplos:

“...sí tenía a lo mejor bastantes prejuicios, pero... el ver personas acá me ha hecho

darme cuenta que **en realidad viven su sexualidad... me costaba pensar que ciertas personas que yo veo... autistas severos pudieran consentir una relación sexual.** Me costaba a veces entenderlo.” [E4, 38 años, mujer, 13 años de experiencia profesional, clínica APS]

“O sea, no porque la paciente necesite un medicamento que venga a competir con un anticonceptivo. ¿La persona va a dejar de tener relaciones sexuales? No, eso no ocurre, por lo tanto, **podríamos estar en problemas de embarazos no planificados, porque no se consideró que las personas son sexualizadas**” [E3, 58 años, mujer, 34 años de experiencia profesional, clínica APS]

También como **segundo elemento**, se advierten en los relatos consecuencias vinculadas a la autoestima de las usuarias, las cuales pueden influir en la dinámica de sus relaciones interpersonales. A modo de ejemplo, se presentan los siguientes extractos.

“Claro que afecta a su sexualidad. Bueno, **pierde su pareja, su familia... ehh parte de la conciencia de ella misma, sobre su cuerpo, el autocontrol...**” [E5, 63 años, mujer, 42 años de experiencia profesional, clínica APS]

“...hay **hartas** afectaciones en todo nivel, o sea obviamente emocional, no cierto, desde el punto de vista de la relación sexual, de la **relación interpersonal, la baja autoestima**, o sea, afecta completamente a la salud sexual y reproductiva.” [E7, 31 años, mujer, 5 años de experiencia profesional, docente clínica hospital de alta complejidad]

“...algunas de las pacientes que uno logró atender o ver tenían agudizado un tema de salud mental por algunos **problemas en la salud sexual con sus parejas**, por ejemplo...**violencia o algunos temas también más íntimos, personales...**” [E11, 39 años, hombre, 11 años de experiencia profesional, docente universitario]

“Una paciente con depresión es una paciente un **poco más vulnerable en cuanto a lo sentimental...** a lo mejor la pareja... tiene una un rol de dominancia frente a

*una persona que está en un estado depresivo...pues a lo mejor va a querer tener relaciones sexuales sin que la mujer quiera, pero al tener esta dominancia va a estar casi cometiendo un **abuso sexual y una violación...*** [E12, 30 años, hombre, 7 años de experiencia, clínico en hospital de alta complejidad]

Un tercer aspecto mencionado por la mayoría de las y los participantes corresponde a nociones que poseen con respecto a los efectos negativos que ciertos medicamentos pueden generar en la salud sexual y reproductiva de las mujeres con estos diagnósticos, lo que se refleja en ejemplos como:

*“A ver, como lo más básico de que **algunos medicamentos**, por ejemplo, como para la depresión, igual hacen **efectos en el tema de los anticonceptivos.**”* [E1, 29 años, mujer, 2 años de experiencia profesional, clínica APS]

*“... me imagino que **según el medicamento** se le advierte a la paciente que va a sufrir algún **cambio en su salud sexual**, y si no estoy yo ahí también como para reforzar eso con respecto a bajas de libido o cosas así... o antidepresivos, importante verificar que no empiecen a **competir con los anticonceptivos también...**”* [E3, 58 años, mujer, 34 años de experiencia profesional, clínica APS]

*“Completamente. Por ejemplo, si nos vamos directamente a lo que es **farmacología**, ya vamos a tener cierto que va a haber **una disminución del deseo sexual**. Eso ya va a estar afectando directamente su calidad de vida sexual”* [E13, 27 años, hombre, 3 años de experiencia, docente universitario]

3.2 Percepción de estigma para la atención en salud SSYR hacia personas con diagnóstico en salud mental de otros profesionales de matronería.

Relacionado con la identificación de acciones, comentarios, u anécdotas asociadas a la atención de personas con diagnóstico en salud mental por parte de otros profesionales de la matronería, que menoscaban la capacidad de toma de decisiones respecto de su cuerpo, su vida o bien infantilización y dependencia para sus cuidados.

En los relatos se identifican diversas situaciones en las que las personas entrevistadas presenciaron y reconocieron comentarios de colegas matronas/es de connotación negativa asociadas a comportamientos, decisiones o actitudes de sus usuarias, tanto antes como después de sus interacciones clínicas. Ejemplos de esto se presentan a continuación:

*“Como... **burlas**, o... no sé, **risas** de las conductas o de los comentarios que pueda tener una persona con diagnóstico en salud mental... o decir **“oh habla puras tonteras”** o **“a qué viene esta señora”**, o por ejemplo **“cómo se embaraza si tiene este diagnóstico de salud mental”**, eso sí lo he escuchado.” [E6, 28 Años, mujer, 6 años de experiencia profesional, docente clínica en hospital de baja complejidad]*

*“O sea, uno escucha hartas cosas, oye, la **loca de la sala tanto** ... hay colegas que igual son más duros en ese sentido, cómo no, **yo no voy a ir a ver a la loca, no le voy a prestar el oído, me tiene aburrido...**” [E7, 31 años, mujer, 5 años de experiencia profesional, docente clínica hospital de alta complejidad]*

*“A veces se escucha... **“prepárate porque esta persona es un poco complicada de sobrellevar en la atención”** ... que cómo podía tener tantos hijos si ella sufre de tal condición mental...” [E8, 27 años, mujer, 4 años de experiencia profesional, docente clínica hospital de alta complejidad]*

*“...sí me ha tocado de repente escuchar, así como **esta paciente me tenía chaata...** no sé, ojalá **que no aparezca más, que vaya con sus problemas a otro lado, una cosa así.**” [E14, 32 años, hombre, 2 años de experiencia, clínico en hospital de baja complejidad y APS]*

En segundo lugar, los relatos evidenciaron la presencia de actitudes de infantilización hacia las usuarias con diagnósticos en salud mental. Esta práctica se manifestó a través de comentarios o conductas que minimizaron sus capacidades de decisión y autonomía. Dichos comportamientos fueron reconocidos en testimonios como:

*“...infantilizar al usuario, **creerlo poco capaz de tomar sus propias decisiones...** se suele creer o algunos colegas, de que... **sus decisiones no están tan... emm sujetas como a la realidad.**” [E6, 28 Años, mujer, 6 años de experiencia profesional, docente clínica en hospital de baja complejidad]*

*“...creo que algunos los eh infantilizan también... que ellos **no tuvieron el derecho de sentir deseo sexual...** porque son más niños” [E10, 29 años, mujer, 5 años de experiencia profesional, clínica APS]*

En tercer lugar, a partir de la identificación de conductas o actitudes de profesionales de la matronería en la atención de personas con diagnóstico en salud mental, y que las personas entrevistadas lograron recordar, surgieron relatos asociados a las posibles consecuencias que dichas actitudes tendrían en las atenciones clínicas, ejemplificadas en:

*“Ah, quizás un poco de **violencia obstétrica, ginecológica...** por ejemplo, cuando se intenta **forzar a la utilización de métodos anticonceptivos de larga duración** a las personas que tienen diagnósticos de salud mental. **Sobre todo, las que están asociadas a esquizofrenia** o ese tipo de trastornos...” [E13, 27años, hombre, 3 años de experiencia, docente universitario]*

*“... Y evidentemente eso va a afectar la calidad de la atención que uno entregue, porque **no hay una disposición... que se establezca con el entorno de confianza...** No hay una disposición a **reforzar las educaciones...**” [E7, 31 años, mujer, 5 años de experiencia profesional, docente clínica hospital de alta complejidad]*

*“... ahí ya se dirige ya la atención, por ejemplo... si ya **uno tiene una cierta predisposición a lo que va a decir o lo que quiere escuchar o lo que va a preguntar...** ¿me duele esto? Ah, ya está hablando ya... le duele todo, entonces, ¿Se entiende entonces? **como que le bajan el perfil** o lo exageran según cómo quieran verlo... Entonces, sí, eso afecta totalmente a la atención y al fin y al cabo **a que la otra persona se sienta escuchado...** no vamos a dar chance a eso, si es*

*que ya tenemos una cierta predisposición de que **está exagerando, de que viene a puro tontear.*** [E15, 31 años, hombre, 9 años de experiencia, clínico APS]

En cuarto lugar, los relatos evidencian la percepción de algunos/as participantes de que las conductas discriminatorias son más frecuentes en profesionales de mayor edad, como se muestra en los ejemplos expuestos a continuación:

*“... siento que cada vez se va como visibilizando más como el tema de los problemas de salud mental... Y **yo creo que ahora como que uno normaliza más todas estas cosas** y es como una persona más no más po’...”* [E2, 30 años, mujer, 7 años de experiencia profesional, clínica APS]

*“Pero de las colegas más nuevas no... **entre más joven, menos prejuicio creo yo,** con respecto a la salud mental. Menos, mucho menos...”* [E4, 38 años, mujer, 13 años de experiencia profesional, clínica APS]

*“En general, me ha tocado la suerte de trabajar con **colegas más jóvenes,** entonces el tema como de **discriminación no está como presente frente a eso.**”* [E9, 29 años, mujer, 7 años de experiencia profesional, clínica APS]

*“y que considero que también está **un poco asociado al edadismo,** porque muchas de estas colegas que yo te menciono que he escuchado en esos **comentarios desafortunados corresponden a colegas que son mayores...**”* [E13, 27 años, hombre, 3 años de experiencia, docente universitario]

3.3 Percepción de facilitadores y barreras para la atención en salud SSYR de personas con diagnóstico en salud mental en su lugar de trabajo.

Se refiere a reconocer dentro de la institución en donde se desempeña, características para el abordaje de la atención de personas diagnosticadas con algún tipo de TM, considerando oportunidad de atención, rendimiento de atención que difiere y requiere ajustes personalizados. Que se tengan consideraciones o no para programar tiempos específicos o especiales.

Reconocer si existen políticas específicas de la institución para otorgar la atención oportuna a la población con este diagnóstico. La presencia de acciones que faciliten el acceso o bien que lo obstaculicen.

Dentro de los facilitadores identificados por las y los participantes en sus lugares de trabajo **se destaca en primer lugar** la importancia de contar con un equipo multidisciplinario al que puedan acudir cuando requieren opiniones desde otras áreas de experticia para el abordaje integral de personas con diagnóstico en salud mental. A continuación, algunos ejemplos:

*“Entonces se va abordando, y sobre todo en el **programa de PROSAM**, que ahí están los médicos, psicólogos, psiquiatras, y **ahí toman los casos de a uno, y los colocan como en la mesa, sobre todo los que son más complejos**” [E1, 29 años, mujer, 2 años de experiencia profesional, clínica APS]*

*“...por cada CESFAM hay varios sectores y cada sector tiene como su equipo. Entonces **si yo noto algo la derivo con el médico**, o si la... el médico tiene una paciente en salud mental y tiene como alguna inquietud, me la deriva y le hacemos el control, y tratamos de que sea como lo más integral posible.” [E2, 30 años, mujer, 7 años de experiencia profesional, clínica APS]*

*“... Por lo tanto, si yo derivo a una paciente a un **programa salud mental**, donde la puerta de entrada sea un asistente social y luego una psicóloga o un médico... nosotros le podemos hacer seguimiento ... ya no como matrona, sino que como equipo”[E3, 58 años, mujer, 34 años de experiencia profesional, clínica APS]*

Un segundo facilitador identificado en los discursos es la presencia de un acompañante, tutor o persona cercana durante la atención clínica, que contribuye a que la usuaria comprenda las instrucciones entregadas y a que estas se sigan de manera adecuada.

*“Ehh trastornos cognitivos, retardo mental, limítrofes, de repente **cuesta que te entiendan las instrucciones, hay que pedirles que vengan acompañadas...***

ehm, hablarles lento y con algunas cosas como bien claras, las más importantes...”
[E5, 63 años, mujer, 42 años de experiencia profesional, clínica APS]

*“...a veces vienen acompañadas... **eso igual facilita bastante porque si se dificulta la comunicación** tú tienes a la otra persona que te puede facilitar la comunicación.”* [E14, 32 años, hombre, 2 años de experiencia, clínico en hospital de baja complejidad y APS]

“...cuando uno da las indicaciones, trata de que le quede claro al acompañante... porque no todas las personas que tienen diagnóstico de salud mental... ¿Han tenido la comprensión?... no sé cuál es la palabra más ideal.... ehh las ganas de cumplir todas las indicaciones.” [E4, 38 años, mujer, 13 años de experiencia profesional, clínica APS]

*“...Sí, es complejo, por eso la verdad es que **si vienen acompañadas para mí es mejor** ... como matrona, **a veces me ha dado temor de examinar, cuando está sola**, porque no sé cómo va a interpretar el examen cuando salga de la puerta... uno no sabe la **interpretación que le da la otra persona al examen ginecológico.**”* [E4, 38 años, mujer, 13 años de experiencia profesional, clínica APS]

Como tercer facilitador identificado en los discursos, se destacó el acceso a la información clínica relevante de las usuarias a través de la ficha clínica, junto con la disponibilidad de instrumentos de pesquisa temprana de depresión posparto o de alteraciones psicosomáticas asociadas al climaterio. Estos elementos permiten anticipar a las y los profesionales respecto a la forma en que abordarán sus atenciones, ejemplo:

*“Sí, obviamente **una de las cosas que facilita es la ficha clínica**, que es poder tener ... alguna información de la paciente que quizá ya no te comenta en primera instancia.”* [E11, 39 años, hombre, 11 años de experiencia profesional, docente universitario]

“... en los CESFAM y CECOF se trabaja con los sectores, ¿verdad? ahí podíamos hacer reuniones de equipo y **ver más o menos la ficha clínica, saber en qué estaba y hacer más o menos un... un seguimiento.**” [E11, 39 años, hombre, 11 años de experiencia profesional, docente universitario]

“Y también, por ejemplo, en la mañana eh, vi a una señora en edad de climaterio, eh que le apliqué el **MRS**, tenía cuarenta puntos... altísimo. **Pésima calidad de vida, y también tenía historia de trastornos depresivos.**” [E5, 63 años, mujer, 42 años de experiencia profesional, clínica APS]

“... Y por otro lado también me ha tocado estar con gestantes, en las cuales a veces **es más fácil pesquisarlas, porque igual aplicamos pautas ... básicas, como el Edimburgo**, que en realidad evalúa si hay algún síntoma o sospecha de depresión post parto ...” [E9, 29 años, mujer, 7 años de experiencia profesional, clínica APS]

Como cuarto facilitador, identificado en las entrevistas fueron aquellos elementos asociados a la infraestructura del centro de salud que facilitan el resguardo de la seguridad del personal durante las atenciones clínicas y de las propias usuarias. Como ejemplo de esto se encuentran los siguientes relatos.

“Todos nuestros boxes... aquí en los escritorios **tenemos un botón de pánico** ... Y aparece en la pantalla del guardia cuál es el box que está pidiendo ayuda. Yo creo que eso es una... tranquilidad... eso sirve **para reconocer que atendemos pacientes con trastorno de salud mental y que al menos no... estamos tan abandonados en nuestra seguridad...**” [E3, 58 años, mujer, 34 años de experiencia profesional, clínica APS]

“...en general la **infraestructura está bien habilitada** para las usuarias que requieran, por ejemplo, aislamiento, para estar más tranquilas para poder estar acompañada... con alguna o algún familiar... **Se sacan... los cortos punzantes de las salas**. Las salas que son de aislamiento, pese a que quedan cerradas, igual **tienen cámaras, entonces nosotros podemos monitorizarlo desde otro punto...**” [E7, 31 años, mujer, 5 años de experiencia profesional, docente clínica]

hospital de alta complejidad]

Por otro lado, **en cuanto a la percepción de barreras** para el abordaje de las atenciones, **la primera que se reconoce** en los discursos es el tiempo definido para las atenciones, el cual es el mismo para todas las usuarias y no considera las necesidades particulares para la atención de cada una, relatado como:

*“...Igual, la derivé a médico además de darle toda la batería de exámenes, y eh **en media hora uno no alcanza a hacer mucho** así que, control con exámenes.” [E5, 63 años, mujer, 42 años de experiencia profesional, clínica APS]*

*“Sí... bueno de partida **en los rendimientos, la poca oferta que hay frente a atenciones...** hay usuarias que requieren que uno ... les vuelva a reforzar la misma educación. **Entonces obviamente eso va a quitar un poco más de tiempo.**” [E9, 29 años, mujer, 7 años de experiencia profesional, clínica APS]*

*“Entonces creo que es una barrera grande el **tiempo de atención**, porque claramente, pues tenía otras 3 o cuatro pacientes que están esperando y yo tenía 15 minutos con ella. ¿Cómo lo hago, cómo lo abordo? La cito otro día, y eso es una barrera bastante fuerte.” [E11, 39 años, hombre, 11 años de experiencia profesional, docente universitario]*

*“...yo creo que **se ve debilitado un poco en los en los tiempos...** porque uno requiere más recursos... Igual yo, por ejemplo, me puedo atrasar una atención y **eso significa perjudicar a la paciente siguiente ... eso sí me ha pasado bastante**” [E14, 32 años, hombre, 2 años de experiencia, clínico en hospital de baja complejidad y APS]*

Una segunda barrera identificada en los relatos corresponde a la existencia de cursos o capacitaciones disponibles que, sin embargo, en ocasiones pueden no ser aprovechados por las y los profesionales. Entre las razones mencionadas se encuentra la falta de tiempo para dedicarse a estas instancias formativas, producto de la alta demanda asistencial que enfrentan en el quehacer cotidiano. Asimismo,

se señaló la posibilidad que en algunos casos no exista la motivación suficiente para actualizarse en estas temáticas, lo que limita el acceso a nuevas herramientas y conocimientos para la atención integral. Algunos ejemplos de lo descrito se detallan a continuación.

*“y también ehh el hecho de tener **poco tiempo para capacitarse en estas áreas por la demanda que hay en atención.** O sea, toda mi agenda, y todos mis días, de lunes a lunes estoy con usuarios, entonces no hay espacios ...” [E6, 28 Años, mujer, 6 años de experiencia profesional, docente clínica en hospital de baja complejidad]*

*“... muchas veces la institución habla de cursos que son libres y uno puede elegir, pero no es un curso obligatorio... **no está un curso en específico, que esté protocolizado que todo matróon debe tener para ingresar a trabajar tanto a hospital, como a CESFAM...** Entonces sí, eh **creo que es necesario que sea obligatorio ...”** [E10, 29 años, mujer, 5 años de experiencia profesional, clínica APS]*

*“Hay hartas capacitaciones... pero también depende de mucho interés del profesional. Te lo digo honestamente, yo con la visión que tengo y por las ganas que tengo, sí me dan la herramienta y yo la quiero y la ocupo. Si no me las dan, yo las voy a buscar en otro lado... si el profesional no está interesado en querer aprender... tú le puedes dar todo, le puedes pagar un diplomado, pagar un magister, pero no lo va a querer hacer porque no está el interés. **Entonces, por eso nos falta más interés en eso, o a veces la vocación también.**” [E15, 31 años, hombre, 9 años de experiencia, clínico APS]*

Un participante identificó una **cuarta barrera** que, si bien se asocia a los tiempos de atención, indica principalmente el factor de “recurso humano” que permita dedicar más tiempo a las necesidades particulares de usuarias referidas en el presente estudio. Lo que se aprecia en el siguiente extracto:

“...estás a cargo de 16 pacientes, de 2 salas, en donde tienes que ver de todo,

*pacientes por operar de problemas ginecológicos o pacientes por operar de cesárea, puérperas de cesárea, etc. Y la paciente en ese minuto requiere algo de atención, y tú estás haciendo otra cosa, **tampoco puedes dejar de atender a otra paciente por ... darle una atención a una paciente con un diagnóstico de salud mental... también tengo otras 15 que tengo que atender...O sea, estarían la barrera del tiempo y la del recurso humano*** [E12, 30 años, hombre, 7 años de experiencia, clínico en hospital de alta complejidad]

3.4 Conocimiento general sobre “ESTIGMA”

No se busca una definición teórica de este concepto propuesto por Goffman (1970), en sí mismo; quien lo describe como un atributo socialmente construido, intensamente indeseable que pasa a primer plano en la interacción social y tiene como efecto la devaluación de otras múltiples categorías de pertenencia de la persona que lo posee para convertirla en un sujeto menos agradable. Incluye también el considerar que las personas con diagnósticos graves en salud mental son consideradas sin autonomía ni capacidad de decisión, pudiendo ser infantilizadas y asexuadas, desinformadas y expropiadas de sí mismas, prejuizadas, invadidas en sus decisiones sexuales y reproductivas bajo buenas intenciones asociadas a protegerlas mediante el uso preventivo de procedimientos quirúrgicos u hormonales que aseguran disminuir resultados de embarazos específicamente.

Se identificó en los discursos que las y los entrevistados, reconocen en el concepto de “Estigma” elementos asociados a negatividad y rechazo de lo que se puede percibir de una persona con diagnóstico de salud mental para la atención en salud. Ejemplificado en los siguientes extractos:

*“Que en el fondo es como que la persona estuviera como marcada ...por algo, ... no sé **esta persona a lo mejor no va a venir a sus controles, una cosa así...**”*
[E2, 30 años, mujer, 7 años de experiencia profesional, clínica APS]

*“Sí, es una marca... **ya me gané la fama y tengo ese título...** y ese estigma es...*

del usuario que tenga un trastorno de salud mental y que cada vez que venga se produzca una situación de conflicto. Entonces el estigma hacia el usuario sería que es un paciente conflictivo, cierto... “Uy, ahí viene Juan Pérez y desde el portero hasta el último “uh, ya llegó Juan Pérez, prepárense...” [E3, 58 años, mujer, 34 años de experiencia profesional, clínica APS]

“...Yo creo que tiene que ver un poco como una denominación que prácticamente no se habla, parecido un poco a un tabú... de llamar a una persona loca antes de incluso verla y atenderla... predisponerse un poco a lo que se ha escuchado antes de esa persona... como algo preconcebido, que se da como tal y que ni siquiera se habla... como que marca a la persona... la marca de forma negativa frente a los demás.” [E14, 32 años, hombre, 2 años de experiencia, clínico en hospital de baja complejidad y APS]

5.3 Categorías emergentes.

5.1 Reconocimiento del contexto social

En los discursos se identificó por las personas entrevistadas del rol que cumplen algunos factores asociados al contexto social de las usuarias, los cuales pueden tener un impacto negativo en su salud. Entre estos se mencionan situaciones vinculadas al consumo de drogas, dinámicas familiares o redes de apoyo insuficientes, que podrían aumentar la vulnerabilidad de algunas mujeres frente a la aparición o mantención de malestares psicológicos. Asimismo, se señala la coexistencia de diagnósticos de salud mental previos o de trastornos concomitantes, los cuales pueden intensificar las necesidades particulares de atención. Esto se ejemplifica a continuación:

“... era una chica que vivía en un hogar de niños. Era menor de edad, consumía drogas también, y tenía este trastorno de la personalidad y disforia de género. Y ella en una condición que se encontraba de riesgo, quería quedar embarazada...”

[E8, 27 años, mujer, 4 años de experiencia profesional, docente clínica hospital de alta complejidad]

*“... nosotras mismas agendamos y lo hacemos... más accesible... Sí y **sobre todo con las adolescentes del programa de SENAME...**” [E1, 29 años, mujer, 2 años de experiencia profesional, clínica APS]*

*“Y también tenía otra usuaria que, además de tener depresión, **tenía un TCA asociado a bulimia**, y también era gestante...” [E13, 27 años, hombre, 3 años de experiencia, docente universitario]*

*“Ellas llegan con harta historia que contar y te cuentan a veces cosas que van más allá de lo que uno puede manejar, ya sean en problemas personales, algunas descompensaciones que han tenido en la casa... sobre todo en **usuarias mayores de 40 años, es hacerse cargo de adultas mayores...**” [E14, 32 años, hombre, 2 años de experiencia, clínico en hospital de baja complejidad y APS]*

*“En una oportunidad, sí, una paciente que... recibió una amenaza, una mala situación con su pareja, **abuso...** no me acuerdo bien, pero era una **violencia, no sé si psicológica o física de parte de su pareja...**” [E15, 31 años, hombre, 9 años de experiencia, clínico APS]*

2.Sensibilización hacia las necesidades de salud mental por experiencia personal.

Un entrevistado señaló un elemento vinculado a la postura profesional frente a la atención de usuarias con diagnósticos en salud mental. Según su percepción, las y los profesionales más jóvenes tienden a estar más sensibilizados respecto de la relevancia que actualmente se otorga a la salud mental. Esta mayor conciencia ha llevado, en algunos casos, a que ellos reconozcan en sí mismos la necesidad de buscar ayuda en profesionales de salud mental, lo que contribuiría a disminuir actitudes de rechazo hacia la atención de personas que presenten estos diagnósticos. Y otro entrevistado mencionó que, la presencia de estigma hacia la atención de personas con diagnóstico de TM, puede estar relacionada con la poca

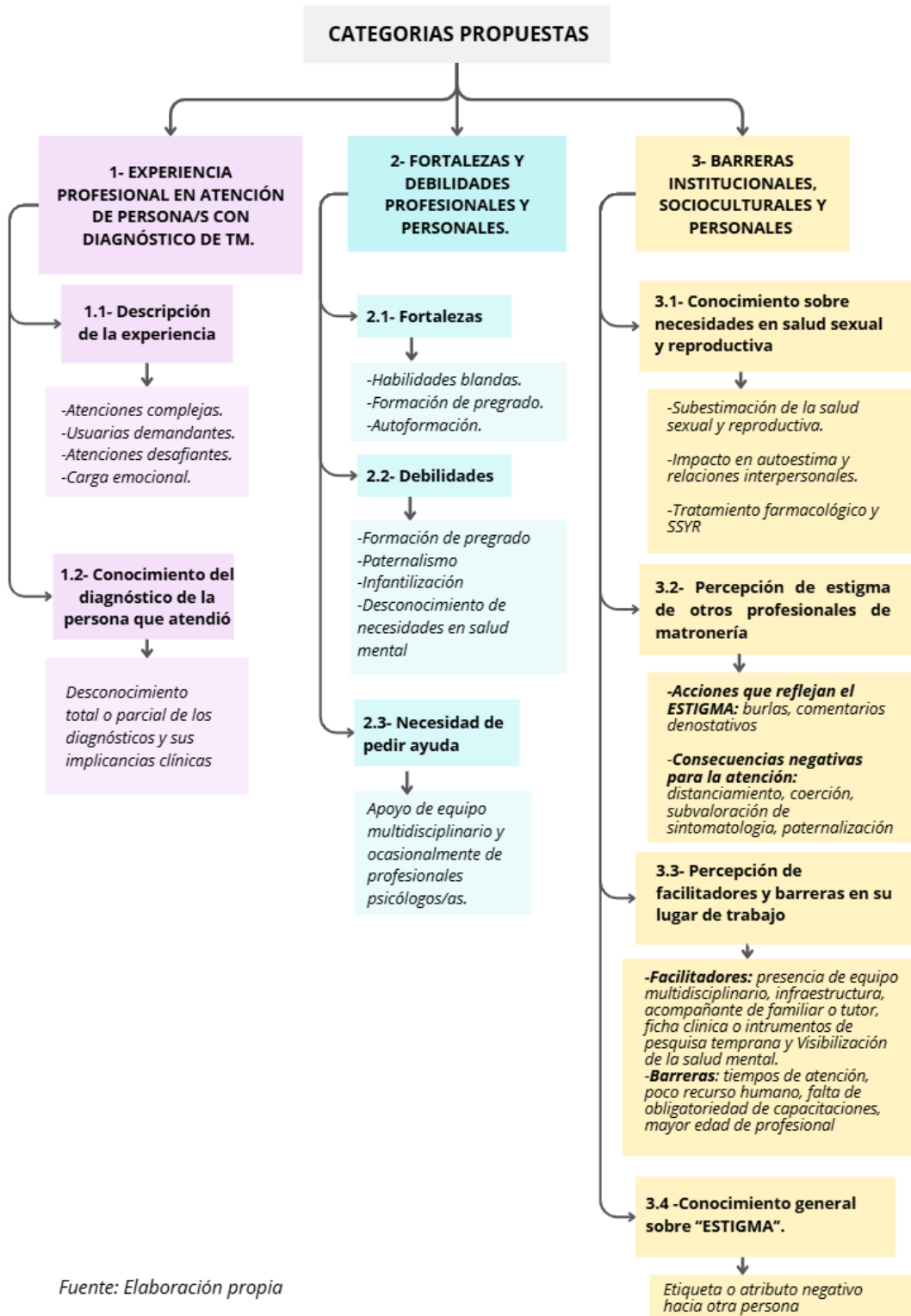
sensibilización de estas temáticas durante el periodo de crianza. Respectivamente se citan a continuación:

*“...también diría que hoy hay una percepción de la salud mental un poco mayor, porque muchas de nuestras colegas también, incluso uno mismo puede durante la vida profesional, ¿cierto? Necesitar de apoyo en salud mental. Creo que eso también hace que se bajen los anticuerpos, sobre todo **de las nuevas generaciones, porque han tenido una vivencia mucho más cercana a los profesionales de salud mental que nuestras antecesoras.**” [E13, 27años, hombre, 3 años de experiencia, docente universitario]*

*“... como traer un poco de lo que uno viene quizá entendiendo en la casa, por ejemplo, **a una persona que desde su crianza nunca se le resaltó la importancia de la salud mental ... para ella son como personas que no saben para dónde va la micro...**” [E14, 32 años, hombre, 2 años de experiencia, clínico en hospital de baja complejidad y APS]*

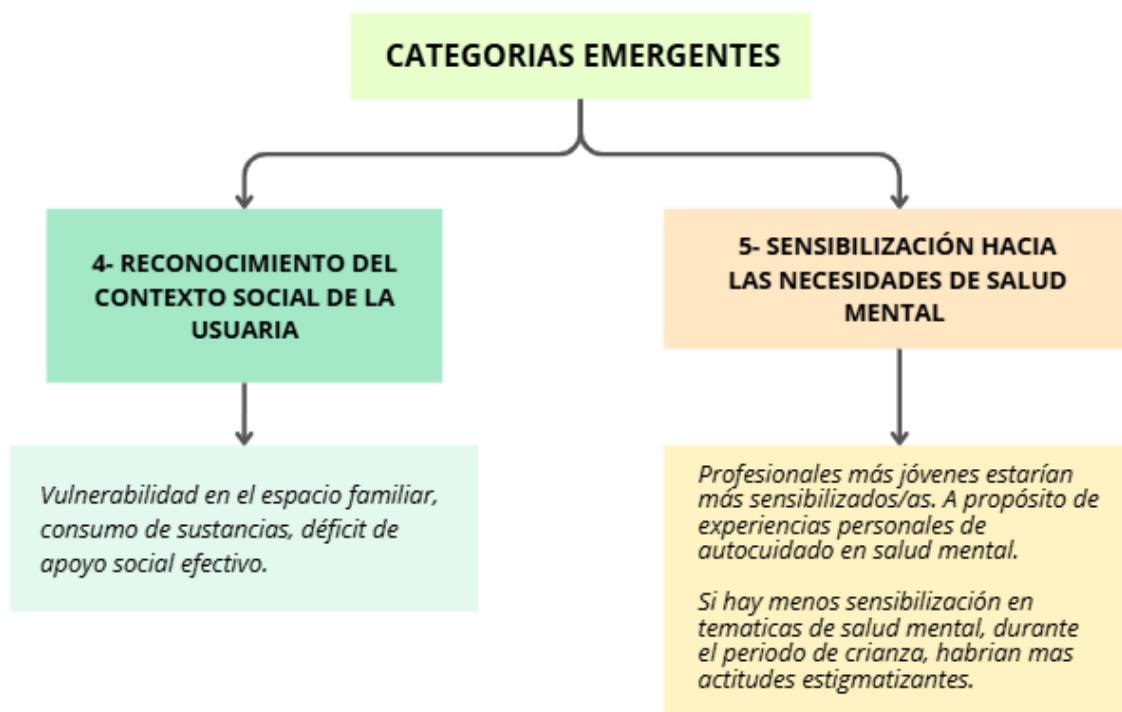
Los principales hallazgos tras la exploración de las categorías propuestas y emergentes, respectivamente se resumen en las **figuras 1 y 2.**

Figura 1. Cuadro resumen de categorías propuestas exploradas



Fuente: Elaboración propia

Figura 2. Cuadro resumen de categorías emergentes identificadas



Fuente: Elaboración propia

6.- DISCUSIÓN

Experiencia profesional en atención de persona/s con diagnóstico de TM.

Desde una mirada general de los discursos, en relación con la categoría de análisis *“Descripción de experiencias profesionales para la atención en salud sexual y reproductiva de personas con diagnóstico en SM”*, se observa que el abordaje clínico en estos casos fue percibido como una fuente de mayor desgaste cognitivo y emocional. Esta percepción se reflejó en la consideración de estas atenciones como más complejas y demandantes, aspecto que se repitió de manera transversal en todas las entrevistas. Esto último se condice con la revisión de Riffel y cols. publicada en 2020, en donde se analizaron 14 artículos, concluyendo que profesionales de salud de diferentes áreas incluyendo partería, destacan mayores requerimientos exigidos por parte de usuarias/os con diagnósticos de TM, lo cual impide dedicar tiempo al resto de pacientes ⁽³⁷⁾. Por lo tanto, la percepción de una mayor demanda en la atención de usuarios con diagnóstico de TM, sin diferenciar áreas disciplinares profesionales específicas como se señala en dicho artículo, coincide con las apreciaciones de las y los matrones entrevistados en este estudio, independiente del país o nivel de complejidad en que se desempeñen.

Un elemento que se mencionó como relevante en cuanto a la experiencia para atenciones clínicas de personas con diagnósticos de TM, descrita como más complejas, fue la ausencia de instancias de capacitación orientadas a responder a las necesidades específicas de estas usuarias. Esto también es mencionado la revisión de Riffel y cols. (2020) relacionando la falta de capacitación con disminución de la confianza profesional para brindar atención clínica efectiva en estos casos ⁽³⁷⁾. En este sentido, los hallazgos del presente estudio coinciden con lo planteado en dicha revisión ya que ambos destacan cómo la insuficiente formación en salud mental impacta negativamente en la seguridad, desgaste profesional y en la calidad de la atención brindada.

Entre las razones mencionadas por matronas y matrones en este estudio, se encuentran la falta de tiempo personal para destinar a la formación autónoma en

estas temáticas, y posiblemente la escasa relevancia que se atribuye a la capacitación en este ámbito. En este contexto, uno de los discursos plantea la necesidad de establecer como obligatorios los cursos y capacitaciones pertinentes en salud mental para profesionales de la matronería. Un estudio publicado por Higgins y cols. en el año 2018, sobre barreras que enfrentan las parteras y enfermeras irlandesas al abordar problemas de salud mental con las mujeres durante el período perinatal, señala: la falta de capacitación y la carga laboral como barreras para la atención en salud de personas con diagnóstico de TM, pues ambas dan como resultado déficit de tiempo y el miedo a profundizar en estas temáticas a propósito de considerarlas aun como “tabú”⁽³⁸⁾. Tanto en dicho estudio como en los discursos de las entrevistas de esta investigación, se reconocen casos en los que se evita la autoformación o abordaje de temáticas en salud mental y en ambos se desconocen otros motivos comparables por los cuales puede ocurrir esta falta de capacitación (además de la falta de tiempo a propósito de la carga laboral). Sin embargo, en el mismo estudio, se describe que es un elemento que debe ser abordado desde las instituciones a modo general. Por lo tanto, la necesidad de capacitación en estos profesionales se considera un elemento central para otorgar atención a personas con diagnóstico de TM, lo cual debe ser abordado en los entornos de trabajos quienes debiesen propiciar las facilidades necesarias para llevar a cabo estas capacitaciones.

Dentro de la misma categoría de análisis, los discursos evidenciaron de manera reiterada el desconocimiento de los diagnósticos en salud mental, atribuible tanto a la falta de acceso oportuno a la información como a limitaciones en la formación profesional que dificultan un abordaje clínico integral. Este punto también ha sido señalado como una barrera en la revisión de Higgins y cols. (2018), lo que indica que profundizar en las implicancias clínicas de los diagnósticos en salud mental es una necesidad que no solo se refleja en los relatos del presente estudio, sino que también ha sido identificada en otros contextos culturales⁽³⁸⁾. Por otra parte, no se encontraron estudios disponibles que permitieran comparar el impacto del desconocimiento de los diagnósticos debido al acceso limitado a la información; sin embargo, sería relevante contar con investigaciones que aborden este aspecto,

para poder determinar cómo influye realmente el conocimiento o la ausencia de este durante la atención clínica.

Fortalezas y debilidades profesionales y personales

En relación con la segunda categoría de análisis, *“Fortalezas y debilidades profesionales y personales”*, se identificó en primer lugar de las debilidades, que la paternalización e infantilización durante las atenciones clínicas en estos contextos, por parte de las personas entrevistadas y sus colegas de trabajos, estaba presente debido a la creencia que, a propósito de ciertas características clínicas, algunas usuarias no serían realmente capaces de consentir relaciones sexuales de manera sana y libre de violencia, lo cual puede conllevar a conductas coercitivas por parte de profesionales como la imposición de métodos anticonceptivos de larga duración. Un informe publicado por The Lancet Commission en el año 2022 ⁽³⁹⁾, describe también la presencia de estas conductas en profesionales hacia personas con diagnósticos en salud mental a propósito de la desconfianza que generan ciertas características clínicas de las y los pacientes, lo cual se condice con los discursos planteados en las entrevistas. Esta debilidad sería entonces transversal, quizás asociada a lo que se transmite institucionalmente a través del modelo de atención o culturalmente, según el contexto social, hacia las y los profesionales de salud.

Otro punto mencionado como debilidad fue la formación de pregrado, indicado como un aspecto que requiere fortalecerse en temáticas de salud mental, para así responder de manera más adecuada a las necesidades específicas de atención de personas con diagnósticos afines. Este planteamiento se sustenta en la premisa de que todas las personas tienen derecho a acceder a atenciones en salud que les permitan vivir de manera plena y saludable su salud sexual, ginecológica y reproductiva, por lo tanto, resulta necesario anticipar en la formación de pregrado los distintos contextos clínicos en los que puede desarrollarse la atención en salud, promoviendo un abordaje integral. Para ello, es fundamental entregar herramientas que favorezcan la autonomía profesional y permitan responder de manera pertinente a las necesidades particulares de cada usuaria. Un estudio realizado en

Chile por Grandón y cols. en el año 2023 sobre los efectos de una intervención anti-estigma en estudiantes universitarios, concluyó que dicha intervención, tuvo efectos positivos en la mayoría de las carreras, siendo la carrera de Obstetricia y Puericultura quien, por ciertos aspectos metodológico, obtuvo mejores resultados anti-estigmatizantes post. intervención, sin embargo, el mismo estudio señala que no se puede estimar si el efecto se mantendrá con el pasar del tiempo ⁽⁴⁰⁾. Esto, permite hipotetizar que la incorporación de este tipo de formación en los planes de estudios de carreras de salud es recomendable y efectivo. Sobre todo, si se entregan competencias que permitan dar atención integral y oportuna en su disciplina sin limitaciones a propósito de una persona usuaria con diagnóstico en salud mental.

En cuanto a las fortalezas, la mayoría de las y los entrevistados, identificaron sus habilidades blandas como factores relevantes para la atención integral en estos contextos clínicos. Las y los profesionales subrayaron la importancia de actuar con empatía y respeto hacia las usuarias con diagnósticos en salud mental, ya que ello favorecería una percepción positiva de la atención y contribuiría a generar un entorno de confianza, considerado esencial para abordar el comportamiento y los cuidados en salud sexual y reproductiva. En la revisión de Riffel y cols. (2020) también identifica estos elementos como facilitadores, pues impactan de manera favorable en la calidad de la atención al evitar prácticas coercitivas y al promover el respeto de los deseos y decisiones de usuarias y usuarios en cuanto a sus propios tratamientos ⁽³⁷⁾. Por lo que estos resultados vienen a confirmar lo expuesto en la revisión antes mencionada en donde se comparte la relevancia que cumple el rol de las habilidades blandas de las/los profesionales, en cuanto al abordaje de las atenciones en estos contextos. Sin embargo, no son comparables en relación con los efectos reales durante las atenciones, pues en el presente estudio, no se establece una relación directa entre la presencia de empatía, respeto u otras habilidades blandas con las consejerías que se le brinden a las usuarias durante las atenciones, por lo que no se pueden descartar medidas coercitivas o actitudes paternalistas.

Se mencionó en este estudio, la presencia de un acompañante responsable durante la atención como un elemento que podría facilitar dicho proceso, principalmente para reforzar indicaciones o favorecer la comunicación. No obstante, el estudio citado anteriormente de Higgins y cols. (2018) identifica esta práctica como un obstáculo para la atención en salud sexual y reproductiva, según lo percibido por profesionales de la matronería de otros países, ya que los temas abordados en este ámbito requieren de estricta confidencialidad ⁽³⁸⁾. En este sentido, la presencia de un tercero no solo puede limitar la autonomía y favorecer dinámicas de infantilización, sino que también puede restringir la entrega de información relevante por parte de las usuarias, afectando el cumplimiento de los objetivos de la atención clínica y generando diferencias significativas respecto de las atenciones brindadas a la población sin diagnósticos de salud mental. La diferencia de esta apreciación puede estar relacionada parcialmente con variaciones culturales entre ambos países, reconociendo que la atención en salud sexual y reproductiva necesitan espacios de intimidad, en el caso de los relatos del presente estudio, sobre la presencia de un tercero impresiona de estar centradas en situaciones donde se requieren más indicaciones de cuidado como serían los controles prenatales o inicio de anticoncepción.

Barreras institucionales y socioculturales.

En esta categoría, los relatos identificaron la infraestructura como un elemento relevante a considerar, destacándola principalmente cuando presentaba características positivas. Un ejemplo de ello es la valoración de espacios que favorecen un ambiente más tranquilo para la usuaria y su acompañante; sin embargo, se advirtió que dichos espacios permanecen bajo constante monitoreo mediante cámaras, lo cual podría limitar la privacidad. Este control se explicaría por la necesidad de prevenir y manejar posibles complicaciones, como descompensaciones que incluso podrían mal utilizar el material corto punzante disponible en el box, necesarios para la atención habitual.

Otro aspecto mencionado fue la presencia de botones de pánico en el box de atención, considerados un recurso que ofrece mayor seguridad y respaldo a las y los profesionales ante situaciones que demanden apoyo de personal de seguridad. Riffel y cols. (2020) también señalan que los aspectos infraestructurales pueden actuar como facilitadores o barreras para la atención. En su revisión, las y los profesionales destacaron el deseo de contar con más recursos de apoyo en salud mental, como espacios de trabajo más amplios y privados ⁽³⁷⁾.

Tanto los relatos del presente estudio como los resultados de dicha revisión coinciden en que la infraestructura constituye un factor determinante para una atención integral, cuyo impacto puede ser positivo o negativo según el contexto social en que se inserte la institución. No obstante, llama la atención que, en las entrevistas, los elementos infraestructurales valorados como positivos correspondan principalmente a aquellos que brindan seguridad o resguardo a las y los profesionales frente a complicaciones o descompensaciones de las usuarias con diagnósticos de algún TM, mientras que en la revisión aluden a elementos que favorecen el espacio para la atención, tanto para la usuaria como para los profesionales. Por lo que esta diferencia demuestra el nivel de complejidad que significa otorgar atención a estas usuarias, por parte de las y los profesionales entrevistados; situación que viene a destacar la necesidad de formación continua que entregue mayores herramientas para una atención clínica fluida y efectiva para el abordaje integral en situaciones de emergencias que requieran contención hacia crisis asociadas a patologías de salud mental. Entonces se aprecian dos elementos relevantes en este punto, que permiten considerar la relevancia de trabajar en propuestas de mejoras infraestructurales que favorezcan las atenciones, desde la seguridad y comodidad de usuarias, pero también que ofrezcan al equipo de salud ciertas garantías con respecto a su propia seguridad. En relación con el último punto, la inseguridad relatada en los discursos puede asociarse al desconocimiento profesional sobre el abordaje clínico en situaciones de crisis, sin embargo, también se vuelve necesario mencionar que uno de los centros donde se expresaron éstas necesidades, está inserto en una comuna del Gran Concepción, en la cual se han

presentado situaciones graves de violencia física, psicológica y verbal por parte de usuarias y usuarios en salud hacia el personal, lo cual puede explicarse por problemáticas sociales, económicas o culturales más amplias, que aquejan a ciertos sectores del país lo cual exacerba la sensación de inseguridad por parte profesionales sanitarios.

Categorías emergentes

Respecto a las implicancias de los elementos sociales, económicos y culturales, los y las profesionales de la matronería reconocieron que las condiciones de vulnerabilidad en las que muchas usuarias desarrollan su vida cotidiana pueden exacerbar las patologías de base. Esto tendría un efecto doblemente negativo en su salud, al dificultar tanto la prevención como la recuperación. Marshman y cols. en su revisión sistemática publicada en 2022, no identificaron estos elementos como barreras propuestas por parteras y obstetras; únicamente reconocieron el periodo perinatal como un momento de especial cuidado debido a los cambios físicos, químicos y hormonales. ⁽⁴¹⁾ Sin embargo, es importante señalar que los artículos incluidos en dicha revisión corresponden a países desarrollados, por lo que la realidad podría no ser comparable a la que se vive en Chile. Reconocer este punto permite evidenciar el impacto de la sensibilización de los y las profesionales sobre las implicancias de estos factores de riesgo en la salud de las personas, considerando además que matronas y matrones son puerta de entrada también para grupos que pueden ser doblemente estigmatizados a propósito por ejemplo de atenciones a personas transgénero u otras disidencias sexuales. Además, es necesario mencionar que, si bien estos elementos sociales, económicos y culturales destacados en los relatos son ampliamente socializados en nuestra cultura, la salud mental aún no lo es, a pesar de que su relevancia ha ido aumentando en los últimos años. Esto sugiere que, a medida que las implicancias de la salud mental sobre la calidad de vida de las personas se socialicen cada vez más y formen parte de la formación de profesionales de salud, podría conllevar a un impacto positivo hacia las atenciones en salud.

La última categoría emergente corresponde a la sensibilización vinculada a experiencias personales. En uno de los discursos se señaló que, de manera gradual y ascendente, la cultura ha ido incorporando temáticas relacionadas con la salud mental, lo que ha favorecido que más personas reconozcan la necesidad de buscar apoyo profesional. Desde esta perspectiva, este acercamiento sería más común entre personas jóvenes, lo que podría explicar que matronas y matrones de menor edad manifiesten menos conductas estigmatizadoras en la atención de personas con diagnóstico en salud mental. Otro de los discursos enfatiza en el efecto que tiene la socialización de estas temáticas durante el periodo de crianza, puesto que esto se traduciría en menor rechazo hacia las manifestaciones clínicas de las patologías en salud mental.

Waugh y cols., en un estudio cualitativo publicado en 2017, entrevistaron a 24 trabajadores de la salud con el objetivo de explorar sus actitudes hacia las personas con diagnósticos de TM. En sus resultados, reconocen que las experiencias personales cercanas relacionadas con la salud mental tanto propias como de familiares o seres queridos tienden a reducir las actitudes estigmatizantes en contextos sanitarios, al favorecer una mayor conciencia y comprensión de las dificultades que enfrentan las personas con enfermedades mentales ⁽⁴²⁾.

Los hallazgos del presente estudio coinciden con los de Waugh y cols. (2017) en cuanto a que las experiencias cercanas a la salud mental contribuyen a disminuir las conductas estigmatizantes. No obstante, en el relato de esta investigación se atribuye dicho efecto al impacto que la salud mental ha tenido en la cultura en los últimos años, como consecuencia de la creciente socialización de estas temáticas. Esta diferencia interpretativa podría explicarse por el momento histórico en que se realizaron las entrevistas: mientras Waugh y cols. efectuaron su estudio antes de la pandemia por SARS-CoV-2, las entrevistas del presente estudio se llevaron a cabo posteriormente. En este contexto, los relatos señalan que tras la pandemia se ha producido una socialización más amplia en torno a la salud mental.

Conocimiento sobre “*ESTIGMA*”

En la mayoría de los relatos analizados en el estudio se identifica que existe conocimiento sobre el concepto de estigma, su manifestación en los lugares de trabajo y el impacto que ejerce en la relación clínica entre profesionales y usuarias/os. Asimismo, se describieron algunas consecuencias de este fenómeno, como el distanciamiento físico por parte de los profesionales, la subestimación de la salud sexual y reproductiva de las usuarias y la despersonalización de la atención, especialmente cuando participa un tercero como acompañante. Este último, si bien puede facilitar la comunicación, también podría afectar la confidencialidad de la información entregada por las usuarias. Dichas consecuencias del estigma en la atención en salud son destacadas en el informe de The Lancet (2022) ⁽³⁹⁾, lo que permitiría hipotetizar resultados similares en Chile y en otros países, tanto de altos como de bajos ingresos.

No se evidenció en los relatos de las y los participantes una asociación explícita entre el estigma en salud y el auto estigma de las usuarias referidas; sin embargo, sí se mencionó que las patologías en salud mental pueden relacionarse con una baja autoestima, lo que podría influir en las relaciones interpersonales. Aun así, se refleja una escasez de formación en estas temáticas y un limitado conocimiento sobre el alcance real de sus efectos negativos en la salud de las personas.

Estos hallazgos reafirman la importancia de abordar este fenómeno social desde etapas tempranas de la formación profesional, ya que impacta directamente en la calidad de la atención y profundiza las inequidades en salud, especialmente cuando coexisten otros factores asociados a vulnerabilidad social, económica o cultural de la población.

7.- CONCLUSIÓN

Las experiencias profesionales vinculadas a la atención de personas con diagnósticos de TM estuvieron marcadas por la percepción generalizada de una mayor complejidad en su abordaje, debido a las necesidades y demandas particulares expresadas por cada usuaria. Esta situación también influiría en el desgaste físico y emocional de quienes se perciben menos capacitados para enfrentar este tipo de atenciones.

En gran parte de los discursos se destaca el reconocimiento de las habilidades blandas, consideradas un facilitador importante para el abordaje de estas atenciones. Sin embargo, de manera transversal, se identificó un amplio desconocimiento respecto de las implicancias clínicas de dichos diagnósticos, especialmente en cuanto a cómo pueden influir en la salud sexual y reproductiva de las personas.

Asimismo, se reportan percepciones sobre la existencia de prácticas de paternalización e infantilización en las atenciones, lo que podría derivar en conductas coercitivas o incluso en la subestimación de la salud sexual y reproductiva de las usuarias con diagnósticos de TM.

La presencia de equipos multidisciplinarios y de profesionales psicólogos/as ha sido clave para abordar situaciones complejas; no obstante, su participación depende de la disponibilidad del equipo o del profesional específico requerido para dicha urgencia. Por esta razón, se enfatiza la necesidad de que las y los matrones reciban capacitación que les entregue herramientas básicas para enfrentar escenarios clínicos complejos asociados a diagnósticos en salud mental.

Entre las principales barreras, se destaca la limitación de los tiempos de atención, los cuales no difieren entre la población con o sin diagnóstico en salud mental, lo

que impide considerar las necesidades particulares que algunos casos requieren. Asimismo, se menciona la escasa disponibilidad de tiempo para instancias de capacitación o autoformación, producto de la alta demanda clínica durante las jornadas laborales.

Finalmente, el estigma en salud es identificado por las y los matrones como un elemento negativo que afecta la atención de personas con diagnósticos en salud mental, manifestándose tanto en sus entornos laborales como en las interacciones con las usuarias y usuarios.

8.-LIMITACIONES

No fue posible contar con la participación de profesionales del nivel secundario de atención, ámbito en el que las prestaciones comparten características tanto con la atención primaria como con la terciaria. Esta ausencia limita la comprensión integral del fenómeno en los distintos niveles de atención del país.

Asimismo, no se incluyó la participación de profesionales que se desempeñan en el sector privado de salud, lo que restringe la posibilidad de contrastar percepciones entre los distintos contextos laborales y sociales del sistema sanitario chileno.

9.- PROYECCIONES

Este estudio constituye, hasta la fecha, el primero realizado en Chile que explora de manera específica el fenómeno del estigma en profesionales de la matronería desde un enfoque cualitativo, lo cual proporciona información valiosa acerca de oportunidades de mejora durante la formación de pregrado y ejercicio profesional.

A partir de los hallazgos de este estudio, se plantea la necesidad de incorporar en la formación de pregrado de las y los profesionales de la matronería, contenidos vinculados a la salud mental, el estigma y el abordaje integral de las personas. Ello permitiría fortalecer competencias clínicas, comunicacionales y actitudinales orientadas a reducir sesgos y conductas estigmatizantes. Asimismo, se sugiere promover instancias de educación continua y capacitación interdisciplinaria que refuercen el rol profesional frente a escenarios complejos y emocionalmente demandantes.

Resultaría pertinente ampliar futuras investigaciones a distintos niveles de atención y sectores del sistema de salud, incorporando además la perspectiva de las y los usuarios con diagnósticos en salud mental. Ello permitiría comprender con mayor amplitud los efectos del estigma en el abordaje de la salud sexual y reproductiva, contrastar realidades diversas e identificar brechas institucionales, culturales y geográficas. De este modo, se podrían diseñar estrategias formativas y políticas públicas orientadas a promover una atención más equitativa y humanizada.

10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2022 [Citado 2025, septiembre,21];9(2): p. 137–150. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(21\)00395-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00395-3/fulltext)
2. Vigo D, Jones L, Atun R, Thornicroft G. The true global disease burden of mental illness: still elusive. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2022 [Citado 2025, septiembre,21];9(2): p. 98–100. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(22\)00002-5](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(22)00002-5)
3. Bravo D, Errazuriz A, Contrucci I, Campos D. Termómetro de salud mental en Chile ACHS-UC: Undécima versión [Internet]. ACHS-UC, editor. 2025 [Citado 2025, septiembre,21]. Disponible en: <https://www.achs.cl/termometro2025/descargas-habilitadas>
4. Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada [Internet]. 1 ed. Argentina: Amorrortu editores; 2006 [Citado 2025, septiembre,21]. p.11-19. Disponible en: <https://share.google/5PEldXea5GI27GuaO>
5. Jara-Ogeda R, Leyton D, Grandón P. Stigmatization of people diagnosed with a mental disorder in secondary mental health centers in Chile: An ethnographic study. *J Community Psychol* [Internet]. 2022 [Citado 2025, septiembre,21];50(8): p. 3307–3324. DOI: 10.1002/jcop.22838

6. Sapag JC, Sena BF, Bustamante IV, Bobbili SJ, Velasco PR, Mascayano F, et al. Stigma towards mental illness and substance use issues in primary health care: Challenges and opportunities for Latin America. *Glob Public Health* [Internet]. 2017 [Citado 2025, septiembre,21]; 13 (10): p. 1468–13480. Available from: <https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1356347>
7. Sapag JC, Velasco PR. Estigma hacia los trastornos mentales y adicciones: estudio en la atención primaria de Chile. *Aten Primaria* [Internet]. 2020 [Citado 2025, septiembre,21]; 52(5): p. 361–363. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656719303658>
8. Sullivan G, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Mukherjee S, et al. Influence of schizophrenia diagnosis on providers' practice decisions. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2015 [Citado 2025, septiembre,21]; 76(8): p. 1068–1074. Available from: <https://www.psychiatrist.com/jcp/schizophrenia/influence-schizophrenia-diagnosis-providers-practice/>
9. Vaccari P, Ramírez-Vielma R, Saldivia S, Cova F, Vielma-Aguilera A, Victoriano V, et al. Stigma towards people with a diagnosis of severe mental disorder in primary healthcare centers: perspectives of service users and health teams in Chile. *Int J Ment Health Syst.* [Internet]. 2020 [Citado 2025, septiembre, 21]; 14(6): p.1-11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13033-020-0340-5>
10. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2030 flyer: what Member States can do [Internet]. WHO: internet. 2021 [Citado 2025, septiembre, 21]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-action-plan-2013-2030-flyer-what-member-states-can-do>
11. Huguelet P, Mohr S, Miserez C, Castellano P, Lutz C, Boucherie M, et al. An exploration of sexual desire and sexual activities of women with psychosis.

- Community Ment Health J [Internet]. 2015[Citado 2025, septiembre, 21]; 51(2):229–238. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-014-9768-x>
- 12.Coates D, Foureur M. The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review. Health Soc Care Community [Internet]. 2019 [Citado 2025, septiembre, 21]; 27(4): p. 389–405. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12740>
- 13.Cerda L. Formación profesional de la matrona/matrón en Chile: años de historia. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2020 [Citado 2025, septiembre, 21]; 85(2): p. 115-122. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000200115>
- 14.Bevía B, Girón M. Poder, estigma y coerción. Escenarios para una practica no autoritaria en salud mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2017 [Citado 2025, septiembre, 21]; 37(132): p. 321-329. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000200321&lng=es.
- 15.Andersen MM, Varga S, Folker AP. On the Definition of Stigma. Journal of Evaluation in Clinical Practice [Internet]. 2022 [Citado 2025, septiembre, 21]; 28(5):847–853. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9790447/>
- 16.Hiurma S, Winter M, Pérez PL, Navarrete E. El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. Norte de Salud Mental [Internet]. 2016 [Citado 2025, septiembre, 21] ;14(55): p. 103–111. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5836868>

17. Vicario A, Moral M. Actitudes hacia los trastornos mentales y su asociación percibida con delito: estigma social. *Salud & Sociedad: Latin American Journal on Health & Social Psychology* [Internet]. 2016 [Citado 2025, septiembre, 21]; 7(3): p. 254–269. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6755320>
18. Sánchez-Alfonso J. Estigma de los profesionales de enfermería de salud mental hacia las personas con trastorno mental grave. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental* [Internet]. 2019 [Citado 2025, septiembre, 21] ; (7). Disponible en: <https://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/view/36>
19. Vielma-Aguilera A, Castro-Alzate E, Saldivia S, Grandón-Fernández P, Interventions to Reduce Stigma Toward People with Severe Mental Disorders in Ibero- America: A Systematic Review [Internet]. . *Cienc. Salud. Bogotá, Colombia*. 2021 [Citado 2025, septiembre, 21]; 19(1): p.1-27. Available from: <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56265640005/index.html>
20. Sánchez O, Polonio B, Pellegrini M. *Terapia Ocupacional en Salud Mental. Teoría y Técnicas para la Autonomía Personal (Colección Terapia Ocupacional)*. 1 ed. Editorial Médica Panamericana; 2013 [Citado 2025, septiembre, 21]. ISBN: 9788498353648
21. Asociación americana de psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. 5 ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2014 [Citado 2025, septiembre, 21]. ISBN: 978-84-9835-810-0
22. Blackburn B. Managing neurodiversity in workplaces. *Occup Med (Lond)* [Internet]. 2023 [Citado 2025, septiembre, 21]; 73(2):57–58. Available from: <https://academic.oup.com/occmed/article/73/2/57/7078309?login=false>
23. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. *Plan Nacional de Salud Mental 2017-*

2025 [Internet]. Santiago, Chile: 2017.

24. Le Glaz A, Lemey C, Berrouiguet S, Walter M, Lemogne C, Flahault C. Physicians' and medical students' beliefs and attitudes toward psychotic disorders: A systematic review. *J Psychosom Res* [Internet]. 2022 [Citado 2025, septiembre, 21] ;163(111054): p. 1-17. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399922003397>
25. Chan KKS, Fung WTW, Leung DCK, Tsui JKC. The impact of perceived and internalised stigma on clinical and functional recovery among people with mental illness. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2022 [Citado 2025, septiembre, 21]; 30(6): p. 102–111. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.14047>
26. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med* [Internet]. 2015 [Citado 2025, septiembre, 21] ;45(1): p.11–27. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/what-is-the-impact-of-mental-healthrelated-stigma-on-helpseeking-a-systematic-review-of-quantitative-and-qualitative-studies/E3FD6B42EE9815C4E26A6B84ED7BD3AE>
27. Hortal-Mas R, Moreno-Poyato AR, Granel-Giménez N, Roviralta-Vilella M, Watson-Badia C, Gómez-Ibáñez R, et al. Sexuality in people living with a serious mental illness: A meta-synthesis of qualitative evidence. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2022 [Citado 2025, septiembre, 21] ;29(1): p.130–146. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12700>
28. Helu-Brown P, Barrio C, Hernandez M. Stigma and the intersection of ethnicity, gender, romantic relationships, and serious mental illness: Perspectives from Latinxs with schizophrenia and their family members. *American Psychological*

- Association [Internet]. 2023 [Citado 2025, septiembre, 21]; 8(3): p. 344–354. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/sah0000439>
29. Organización Mundial de la Salud. Salud sexual [Internet]. [Citado 2025, septiembre, 21]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
30. White R, Haddock G, Varese F, Haarmans M. “Sex isn’t everything”: views of people with experience of psychosis on intimate relationships and implications for mental health services. BMC Psychiatry [Internet]. 2021 [Citado 2025, septiembre, 21]; 21(307): p. 1-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-021-03262-7>
31. McCann E, Donohue G, de Jager J, Nugter A, Stewart J, Eustace-Cook J. Sexuality and intimacy among people with serious mental illness: a qualitative systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep [Internet]. 2019 [Citado 2025, septiembre, 21]; 17(1): p. 74–125. Available from: <http://dx.doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003824>
32. Código Sanitario Aprobada por decreto N° 2356 de 19 de diciembre de 1969, del Ministerio de Justicia. Chile
33. Diccionario panhispánico de dudas. Ipso facto [Internet]. 34 ed. Madrid: RAE; 2005 [Citado 2025, septiembre, 21]. p. 1-3. Disponible en: <http://lema.rae.es/dpd/srv/search?id=nLDUOIdvFD6n3BBrKj>
34. Antoñanzas A, Gimeno L. Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19. Una revisión narrativa. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2022 [Citado 2025, septiembre, 21]; 15(1): p.12-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000100004&lng=es.

35. MINISTERIO DE LA MUJER Y LA EQUIDAD DE GÉNERO. estatuye medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia en contra de las mujeres, en razón de su género [Internet]. Jun 14, 2024 [Citado 2025, septiembre, 21]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1204220>
36. Cárdenas M, Salinero S. Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2022 [Citado 2025, septiembre, 21]; 46(24): p. 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>
37. Riffel T, Chen SP. Stigma in Healthcare? Exploring the Knowledge, Attitudes, and Behavioural Responses of Healthcare Professionals and Students toward Individuals with Mental Illnesses. *Psychiatric Quarterly* [Internet]. 2020 Aug 13;91(4):1103–1119. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s1126-020-09809-3>
38. Higgins A, Downes C, Monahan M, Gill A, Lamb SA, Carroll M. Barriers to midwives and nurses addressing mental health issues with women during the perinatal period: The Mind Mothers study. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2018 Mar 13;27(9-10):1872–1883. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm>.
39. Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA, Baker S, Brohan E, Chammay R el, et al. The Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health. *The Lancet* [Internet]. 2022 Oct 9;400(10361):1438–1480. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01470-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01470-2/fulltext)
40. Grandón P, Vidal D, Vielma-Aguilera A, Bustos C, Contreras Y, Castillo G, et al. Effectiveness of an intervention to reduce stigma towards people with a mental disorder diagnosis in university students of healthcare careers. *Psychiatry*

Research [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2023 Sep 25];328:115428. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178123003785>

41. Marshman A, Saunders E, Chaves D, Morton Ninomiya M. Barriers to Perinatal Mental Health Care Experiences by Midwives and Obstetricians and their Patients: A Rapid Review. *Midwifery*. 2022 [cited 2023 Sep 25] ;117(103544). Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613822002923>

42. Waugh W, Lethem C, Sherring S, Henderson C. Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst health care professionals: a qualitative study. *Journal of Mental Health* [Internet]. 2017 May 10;26(5):457–463. Available from:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2017.1322184>

11.-ANEXOS

ANEXO 1 - GUIÓN TEMÁTICO PARA ABORDAR ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Fecha: _____ Hora: _____

Plataforma: Zoom

Entrevistadora: _____

Entrevistada/o: _____

A continuación, se presenta una guía que involucra los elementos mínimos a explorar respecto del estigma de profesionales de la matronería, para la atención en salud sexual y reproductiva en personas con DIAGNOSTICO EN SALUD MENTAL.

APRESTO O BIENVENIDA

Estimada/o participante, como equipo de investigación agradecemos su disposición a participar en nuestro estudio titulado “Estigma en profesionales de la matronería para la atención en salud sexual y reproductiva de personas con enfermedad mental”

Se presenta la entrevistadora y se le solicita que se presente a la persona entrevistada (nombre, edad y donde trabaja).

Se entrega consentimiento informado explicitando la confidencialidad de la información.

Se solicita permiso para grabar.

¿Hace cuánto tiempo que ejerce como matrona/on? ¿Cómo partió?

En términos generales ¿Cómo ha sido su experiencia profesional?

CUADRO LÓGICO

Objetivo	Categoría	Preguntas posibles para abordar cada categoría
<p>Describir la experiencia de profesionales de la matronería en la atención en salud sexual y reproductiva de personas que posean un diagnóstico de salud mental.</p>	<p>Experiencia profesional en matronería para la atención en salud sexual y reproductiva de personas con diagnóstico en salud mental.</p>	<p>En su experiencia profesional ¿Ha interactuado con personas con algún diagnóstico en salud mental? ¿Cómo ha sido, en qué contexto?</p> <p>¿Cuál ha sido su experiencia profesional en la atención otorgada a las personas con algún diagnóstico en salud mental?</p> <p>¿Existe alguna situación en particular que pueda relatarnos respecto de su experiencia acerca de la atención de personas con algún diagnóstico de trastorno mental?</p>
<p>Identificar fortalezas y debilidades de la matronería en la atención de salud sexual y reproductiva de las personas con diagnóstico de enfermedad mental .</p>	<p>Fortalezas y debilidades en matronería para la atención en salud sexual y reproductiva de personas con diagnóstico en salud mental</p>	<p>¿Cómo cree o percibe que son sus competencias profesionales para la atención en salud sexual y reproductiva de personas con algún diagnóstico en salud mental?</p> <p>Me podría contar si en su experiencia profesional ¿ha necesitado pedir ayuda a otro profesional para atender los requerimientos en salud de una persona con algún diagnóstico de trastorno mental? ¿Cómo fue la experiencia? ¿Por qué sintió que necesitó ayuda? ¿Cree que mejora la calidad de la atención al estar presente otro profesional?</p> <p>¿Me podría contar cuáles son sus fortalezas para la atención en salud sexual y reproductiva de las personas con algún diagnóstico de trastorno en salud mental? (Preguntar coloquialmente y sólo si no es respondida en las preguntas anteriores)</p>

		<p>Me podría contar cuáles son sus debilidades para la atención en salud sexual y reproductiva de las personas con algún diagnóstico de trastorno en salud mental. (Preguntar coloquialmente y sólo si no es respondida en las preguntas anteriores)</p> <p>¿Cómo percibe que fue su formación de pregrado en relación a la preparación que le otorgó para el abordaje integral en salud sexual y reproductiva de personas con algún diagnóstico de salud mental?. (Preguntar coloquialmente y sólo si no es respondida en las preguntas anteriores)</p> <p>Pudiera identificar alguna etapa de su desarrollo profesional , en la cuál considera necesario adquirir competencias para la atención integral de salud sexual y reproductiva de personas con algún diagnóstico en salud mental. (Preguntar coloquialmente y sólo si no es respondida en las preguntas anteriores)</p>
<p>Identificar barreras de la atención en salud sexual y reproductiva a propósito de que una usuaria posea el diagnóstico de un trastorno mental .</p>	<p>Barreras de la atención en matronería para la atención en salud sexual y reproductiva de personas con diagnóstico mental.</p>	<p>¿Cree usted que la presencia de un diagnóstico en salud mental afecta la salud sexual de las personas?</p> <p>¿Cree usted que el tratamiento que estén recibiendo las personas con algún diagnóstico en salud mental afecte su salud sexual y reproductiva?</p> <p>De acuerdo con su experiencia ¿Qué creencias tiene el personal de matronería hacia personas con diagnóstico de salud mental? ¿Me podría dar</p>

		<p>algunos ejemplos? Y usted ¿Comparte alguna de estas creencias? ¿A qué piensa usted que se deben estas creencias?</p> <p>¿Cómo podrían estas creencias influir en la atención de salud sexual y reproductiva de personas con un trastorno mental?</p> <p>De acuerdo con su experiencia ¿Qué actitudes tiene el personal de matronería hacia personas con diagnóstico de salud mental? ¿Me podría dar algunos ejemplos? Y usted ¿Comparte alguna de estas actitudes? ¿A qué piensa usted que se deben estas actitudes? ¿Cómo podrían estas actitudes influir en la atención de salud sexual y reproductiva de personas con un trastorno mental?</p> <p>De acuerdo con su experiencia, ¿hay alguna diferencia en cómo trata el personal de matronería a personas con diagnóstico psiquiátrico de sin algún diagnóstico? ¿Me podría contar algún ejemplo? ¿Y usted ha tratado de manera distinta a personas con diagnóstico psiquiátrico en su atención de salud sexual y reproductiva?</p> <p>¿Ha presenciado en su entorno laboral conductas discriminatorias hacia la atención en salud, por parte de personal de matronería, de personas con algún diagnóstico en salud mental? Y si es así ¿Puede describirlas?</p> <p>¿Cree usted que su trabajo o institución le entrega los elementos necesarios para un abordaje integral</p>
--	--	---

		<p>de atención en salud sexual y reproductiva de personas con algún diagnóstico en salud mental? (en caso que indique que no) ¿Qué requeriría para entregar este abordaje integral?</p> <p>Finalmente ¿Me podría señalar que entiende por estigma en atención en salud?</p>
--	--	--

ANEXO 1 – CARTA DE APROBACIÓN COMITÉ ETICO CIENTIFICO FACULTAD DE MEDICINA



Campus Concepción
Chacabuco esq. Janequeo S/N, Concepción
Casilla 180 C – Correo 3
T: (56-41) 2204407

CONCEPCIÓN, 31 de agosto 2023
CEC 8/2023

Prof. Soledad Inzunza Pérez
Dpto. de Obstetricia y Puericultura
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción

Estimada Prof. Inzunza:

Junto con saludar, informamos a Ud., que el Comité Ético Científico ha revisado por tercera vez su proyecto titulado **“Análisis de estigma en profesionales de la matronería de la región del Bío Bío frente a personas que poseen diagnóstico de enfermedad mental, para la atención en salud sexual y reproductiva durante el segundo semestre del año 2023.”**, el cual ha si APROBADO.

Sin otro particular, se despide cordialmente.



Dra. Isabel Cottin Carrazana
Presidenta
Comité Ético Científico
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción

ANEXO 2 – CARTA DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LA VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 1550-2023

Concepción, septiembre de 2023.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha evaluado el proyecto de investigación titulado “ANÁLISIS DE ESTIGMA EN PROFESIONALES DE LA MATRONERÍA DE LA REGIÓN DEL BIOBÍO FRENTE A PERSONAS QUE POSEEN DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL, PARA LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2023” presentado por la Matrona SRTA. SOLEDAD DEL CARMEN INZUNZA PÉREZ, Colaboradora Académica adscrita al Departamento Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y procedimientos éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para estudios que involucran personas.

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo general analizar el estigma en profesionales de la matronería frente a personas que poseen diagnóstico de enfermedad mental para la atención en salud sexual y reproductiva, asociada a competencias profesionales y contextos personales, de la región del Biobío durante el segundo semestre del año 2023.

El desarrollo metodológico de la propuesta considera la ejecución de 07 (siete) objetivos específicos. Inicialmente, desde la perspectiva cuantitativa propone (1) describir el perfil sociodemográfico y de antecedentes del ejercicio de la profesión; (2) después, determinar el nivel de estigma presente en la muestra, para a continuación, (3) asociar el nivel de estigma con variables del ejercicio profesional y, finalmente, (4) relacionar el nivel de estigma de la muestra, con diagnóstico de TM del participante o de sus personas cercanas. Por otra parte, bajo una consideración cualitativa, se considera (5) identificar las fortalezas y debilidades de la matronería en la atención de salud sexual y reproductiva de las personas con diagnóstico de enfermedad mental; (6) identificar barreras de la atención en salud sexual y reproductiva a propósito de que una usuaria posea el diagnóstico de un trastorno mental y por último, (7) describir la experiencia de profesionales de la matronería en la atención en salud sexual y reproductiva de personas que posean el diagnóstico de un trastorno mental.

En esta investigación se abordará metodológicamente desde un diseño metodológico mixto, ya que posee una etapa cuantitativa y cualitativa que se describen en el diseño del estudio. Así, desde lo cuantitativo se trata de un diseño observacional, transversal y analítico. Por su parte, el abordaje en lo cualitativo, describe un enfoque fenomenológico, pues pretende describir la experiencia de las y los profesionales de matronería en la atención en salud sexual y reproductiva de personas con un diagnóstico de trastorno mental.

Se espera que al menos se tenga una muestra de $n=15$ personas por grupo, para lograr comparación entre grupos que permita aplicar análisis de t student, anova y multivariado, considerando la necesidad de definir dichas pruebas según comportamiento de normalidad de la variable. En la etapa cualitativa, se abordará mediante convocatoria a profesionales de la matronería que estén colegiadas/os en los Consejos Regionales de Concepción y Biobío del Colegio de Matronas de Chile A.G. para conformar los grupos focales, los cuales serán grupos de muestreo intencionado, por bola de nieve diferentes a los

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile





Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

encuestados en la etapa cuantitativa. Se espera contar con al menos 6 profesionales por encuentro y un máximo de 12 personas, considerando un mínimo de 2 encuentros e idealmente 3. Mientras que para las entrevistas se espera contar con un mínimo de 10 profesionales que relaten su experiencia.

La participación de cada uno de los y las profesionales de matronería en esta investigación, estará basada en el proceso de consentimiento informado, toda vez que sea regularmente aplicado y aceptado sus términos de manera individualizada y registrada, conforme modelo presentado a este Comité institucional.


La custodia de las informaciones y de los resultados del estudio estará a cargo de la Investigadora Responsable, la Matrona Srta. Soledad Del Carmen Inzunza Pérez.


Todo lo anterior está detallada y rigurosamente descrito en el proyecto de investigación.

La ejecución de este Proyecto presentado a revisión al Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los sujetos participantes en la investigación, garantizando la libertad, la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que respaldan la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia de la información obtenida, con estricta observancia de todas las características formales y necesarias para su validez.

Este Comité considera que el proyecto presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución de la República de Chile, la Ley N° 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana, la Ley N° 19.628 "Sobre Protección de la Vida Privada" la Ley N° 20.393, que establece la responsabilidad penal de las personas jurídicas en los delitos que indica y la Ley N° 21.369, que Regula el Acoso Sexual, la Violencia y la Discriminación de Género en el ámbito de la Educación Superior. Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT.

En atención a todo lo anterior y considerando que el **proyecto titulado "ANÁLISIS DE ESTIGMA EN PROFESIONALES DE LA MATRONERÍA DE LA REGIÓN DEL BIOBÍO FRENTE A PERSONAS QUE POSEEN DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL, PARA LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2023"** presentado por la Matrona SRTA. SOLEDAD DEL CARMEN INZUNZA PÉREZ, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas relativas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, y en consecuencia por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo – ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, este Comité resuelve aprobarlo, confiando el presente Certificado.


DRA. M. ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS
PRESIDENTA
COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



Este documento ha sido firmado electrónicamente por:
María Andrea Rodríguez Tastets -andrea@udec.cl-
Certificado por E-Sign SA, en conformidad a la Ley 19.799

ANEXO 3 - FICHA INFORMATIVA PARA EL/LA PARTICIPANTE



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO



FICHA INFORMATIVA PARA LA PARTICIPANTE



INFORMACIÓN

Título de la Investigación: "Análisis de estigma en profesionales de la matronería de la región del Biobío frente a personas que poseen diagnóstico de enfermedad mental, para la atención en salud sexual y reproductiva durante el segundo semestre del año 2023"

Patrocinante: Departamento de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Dirección: Janequeo 151, Concepción. Fono: 412204592.

Dirección de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Dirección Facultad de Medicina. Dirección: Janequeo 151, Concepción

Investigadora principal:

Soledad Inzunza Pérez
Colaboradora docente del departamento de Obstetricia y Puericultura de la facultad de medicina de la Universidad de Concepción.
Teléfono: +569 77029464
Correo electrónico: soleinzunza@udec.cl

Investigador alterno:

Dra. Yolanda Contreras García
Profesora asociada del departamento de Obstetricia y Puericultura de la facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.
Fono: +569 83944021.
Correo electrónico: ycontre@udec.cl

Co-investigadores:

Dra Daisy Vidal Gutierrez, Profesora asociada del departamento de Trabajo social de la facultad de ciencias sociales de la Universidad de Concepción.

Dra Pamela Grandón Fernández, Profesora asociada del departamento de Psicología de la facultad de Ciencias Sociales Universidad de Concepción.

Objetivo: Analizar el estigma en profesionales de la matronería frente a personas que poseen diagnóstico de enfermedad mental para la atención en salud sexual y reproductiva, asociada a competencias profesionales y contextos personales, de la región del Biobío durante el II semestre del año 2023.



Introducción:

Estimad@ participante,

Mediante el presente documento se invita a participar a usted en la investigación titulada “Análisis de estigma en profesionales de la matronería de la región del Biobío frente a personas que poseen diagnóstico de enfermedad mental, para la atención en salud sexual y reproductiva durante el segundo semestre del año 2023” Esta información le permitirá evaluar, juzgar y decidir si desea participar en este estudio. Lea esta hoja informativa con atención y puede que existan algunas palabras que no entienda. Por favor, siéntase en confianza de solicitar que le sean explicados de mejor manera los conceptos. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarle a la investigadora responsable cuando desee.

Fundamento: El estigma en personas con enfermedad mental se constituye en una de las barreras importantes para su recuperación. Como otro elemento clave, está el ejercicio de su vida sexual y reproductiva como parte de identificar su estabilidad o recuperación dentro de su enfermedad. La atención y educación se centra en general, cuando se aborda, en la prevención de conductas de riesgo. Como profesionales encargados de la salud sexual y reproductiva existe escasa evidencia que muestre el nivel de estigma que este grupo de profesionales posee hacia las personas diagnosticadas con alguna enfermedad mental y cuáles son sus competencias para el abordaje clínico y educativo en específico.

Razón por la que se invita a la persona a participar: Por desempeñarse en la atención clínica de usuarias y usuarios que pueden tener un diagnóstico de trastorno mental, su participación resulta ser fundamental por su experiencia y su capacidad de valorar elementos centrales de su competencias en cuanto a fortalezas y debilidades y también barreras y oportunidades de mejora para ofertar una atención en salud sexual y reproductiva libre de toda vulneración de derechos.

Participación y retiro voluntario: Su participación en este estudio es de manera totalmente voluntaria y anónima. La información será recogida mediante un cuestionario en línea, posterior a que usted haya aprobado también en línea, su consentimiento; y en el caso que participe en grupos focales o entrevista, se le entregará la ficha informativa y respectivo consentimiento informado para su firma en papel. Toda su información será **confidencial**, y utilizada únicamente con fines investigativos.

Diseño de estudio: Es un estudio del tipo mixto, en donde se le invitara a completar un cuestionario en línea respecto de información general, profesional y una escala que valorara el nivel de estigma. Posterior a ello, puede ser parte de un grupo de expertos/as para llevar a cabo una conversación en profundidad acerca de las competencias profesionales necesarias identificando fortalezas, debilidades, barreras, oportunidades y/o entrevistas para conocer su experiencia en atención de personas con trastornos mentales en el ámbito de su salud sexual y reproductiva.



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO



Duración: La investigación se realizará durante segundo semestre del año 2023. Su tiempo estimado de participación en este estudio será de 20 minutos aproximadamente, considerando la lectura de la ficha informativa, la firma del consentimiento informado y la respuesta del cuestionario en línea. Posteriormente podría recibir un correo masivo a través del Consejo regional Concepción o del Consejo regional Biobío del Colegio de Matronas A.G. , para participar de la reunión de expertos y/o entrevista, con fecha y hora, en donde usted decidirá confirmar continuidad de participación o no, para esta actividad que considera un tiempo de 45 - 60 minutos.

Costos: Esta investigación no representará un costo, ni se le solicitará una colaboración monetaria para participar del presente estudio.

Responsabilidades del sujeto:

- Leer detenidamente esta ficha informativa..
- Responder encuesta en su totalidad y con sinceridad.
- Consultar en caso de dudas.
- Asistir a actividades como experto o informante clave según su compromiso previo.

Beneficios y riesgos:

La información obtenida, nos permitirá tener un perfil de profesionales de la matronería y su nivel de estigma frente a personas con diagnóstico y/o tratamiento de trastorno mental. Además identificaremos fortalezas y debilidades, de sus competencias lo que permitirá compartir estos resultados con la academia con el fin de proponer nuevas oportunidades de formación profesional integral en estudiantes de pregrado y actualizaciones en el tema, que serán de alto beneficio para las personas usuarias con este tipo diagnóstico y que necesitan atención en salud sexual y reproductiva, repercutiendo en un aporte de mejora en calidad de atención y bienestar socioemocional de la población objetivo. Se considera que esta expuesta/o a un riesgo mínimo referido al uso de la información recolectada, pero que a continuación se garantiza en cuanto a privacidad y confidencialidad.

Garantía de privacidad y confidencialidad: La información que recojamos se mantendrá **CONFIDENCIAL** y no se registrará la identidad de aquellas personas que participen en la investigación, por tanto se usará un código que identifique la información de las personas que participan de la investigación. Podrán acceder a los datos relacionados al estudio SÓLO el equipo de investigación y el Comité Ético-Científico revisor. La investigadora responsable estará a cargo de la custodia de toda la información del estudio.

Publicación de resultados: Al finalizar esta investigación, el conocimiento que obtengamos se difundirá hacia la comunidad científica y académica, tanto en seminarios, congresos y revistas científicas del área, para que otras personas interesadas puedan aprender de los hallazgos obtenidos. Además, entregaremos un informe con los resultados a la Dirección de Investigación de la Facultad de Medicina.

En la presente investigación usted puede dar a conocer sus dudas en cualquier momento que estime conveniente, ya sea con respecto a palabras, términos o procedimientos que desconozca y/o le causen inquietud las cuáles puede realizarlas a las siguientes integrantes del equipo investigador mediante correo electrónico a la investigadora responsable Mt. Soledad Inzunza Pérez al correo electrónico soleinzunza@udec.cl o a la Mt. Dra. Yolanda Contreras García al correo electrónico: ycontre@udec.cl o al teléfono 41-2204928 . De la misma manera si tiene duda respecto a sus derechos como participante de este estudio, debe contactarse con el Comité de Ético Científico de la Facultad de Medicina, a su presidenta la Dra Isabel Cottin Carrazana , al correo electrónico cecmedicina@udec.cl. También podrá comunicarse con el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción.

Fecha de elaboración: 30/08/2023 Versión: 3

ANEXO 4 - HOJA DE FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO



HOJA DE FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: "Análisis de estigma en profesionales de la matronería de la región del Biobío frente a personas que poseen diagnóstico de enfermedad mental, para la atención en salud sexual y reproductiva durante el segundo semestre del año 2023"

CONFIRMÓ QUE ANTES DE FIRMAR:

- Mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente y creo comprender toda la información proporcionada acerca del estudio.
- He decidido voluntariamente participar en el estudio de investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin sanción alguna.
- Sé que recibiré una copia firmada y fechada de este documento.
- Sé que, al firmar este documento, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

_____/_____/_____
Nombre de la participante Firma de la participante Fecha

Yo, quien suscribe, investigadora/co-investigador/a, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que la participante ingrese al estudio.
Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de GCP (Buenas Prácticas Clínicas) y otras leyes nacionales e internacionales vigentes.
Se le proporcionará a la usuaria una copia de esta información escrita en conjunto con el formulario de consentimiento informado.

_____/_____/_____
Nombre Investigadora Responsable Firma Fecha