



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA  
MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA, MENCIÓN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

**PERCEPCIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES SOBRE  
SU EXPERIENCIA DE ESTIGMATIZACIÓN EN CENTROS DE ATENCIÓN  
SECUNDARIA DE SALUD MENTAL DEL GRAN CONCEPCIÓN**

**Tesis presentada a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad  
de Concepción para optar al grado de Magíster en Psicología, mención  
Psicología de la Salud**

**Investigación con apoyo del proyecto FONDECYT N°1221531**

**Por:** Francisca Correa Rivas.

**Profesor guía:** Pamela Grandón Fernández.

Diciembre 2024

Concepción, Chile

©2024 Francisca Correa Rivas.

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

## AGRADECIMIENTOS

A mi familia, pareja y amistades por su apoyo en este largo proceso, en el cual me entregaron gran contención para enfrentar este desafío.

Al equipo Fondecyt N°1221531, con quienes se realizaron la toma de datos, los procedimientos metodológicos y reuniones constantes.

A la profesora Pamela Gradón por guiarme en este proceso y por resolver mis dudas con gran disposición.

Por último, a los Servicios de Salud y usuarios de la región del Bio bío que participaron en este proceso.

## Tabla de contenidos

Índice de figuras.....	6
Resumen.....	7
I- Introducción.....	9
II- Objetivos .....	13
1.1 Objetivo General .....	13
1.2 Objetivos Específicos .....	13
1.3 Supuestos .....	14
III- Marco Teórico .....	15
1. Salud Mental .....	15
1.1. Epidemiología de los trastornos mentales en el mundo.....	15
1.2. Epidemiología de los trastornos mentales en Chile.....	16
1.3. Conceptualización de los trastornos mentales.....	17
2. Conceptualización del estigma y sus tipos.....	19
2.1 Perspectiva psicosocial.....	19
2.2 Perspectiva sociológica.....	21
2.3 Perspectiva antropológica.....	23

2.4	Perspectiva evolutiva.....	25
2.5	Perspectiva ecosistémica.....	27
2.6	Tipos de estigma.....	28
3.	Estigma en salud mental.....	32
3.1	Estigma de profesionales de salud mental hacia personas con trastornos mentales .....	32
3.2	Perspectiva de los usuarios de salud mental .....	37
3.3	Variables que lo determinan .....	42
3.4	Consecuencias del estigma .....	53
4.	Sistema público de salud en Chile.....	59
4.1	Modelo de atención en salud mental.....	59
4.2	Características del modelo.....	63
IV-	Metodología .....	66
1.	Diseño .....	66
2.	Participantes .....	67
3.	Instrumento de recolección de información .....	71
4.	Procedimiento .....	72
5.	Análisis de información .....	73
6.	Criterios de rigor .....	74
7.	Consideraciones éticas .....	75
V-	Resultados .....	76
1.	Trayectoria de los usuarios.....	78
2.	Personal de salud mental es percibido como cercano .....	81

3. Orientación psicosocial percibida como más cercana por los usuarios.....	87
4. Formas de entender la discriminación.....	98
5. La discriminación afecta los ámbitos relacionales de las personas.....	91
6. Formas en que los usuarios se sienten discriminados por el personal de salud.....	98
7. Causas de la discriminación y acciones para combatirla.....	104
VI-. Discusión .....	110
VII-. Conclusión .....	120
V-. Referencias .....	121
VI-. Anexos .....	159
1. Pauta de entrevista para usuarios de salud mental .....	159
2. Consentimiento informado.....	161
3. Acta de evaluación comité científico del SEREMI de Salud y Servicio de Salud Concepción .....	167

### **Índice de Tablas**

Figura 1 Participantes del estudio.....	69
Figura 2 Esquema de Resultados.....	76

## **Resumen**

El estigma hacia las personas con trastornos mentales es relevante en el ámbito de la salud mental, puesto que afecta la calidad de la atención y dificulta la recuperación de los usuarios. En el país se han realizado escasas investigaciones sobre cómo se presenta el estigma en la atención de salud desde la perspectiva de los usuarios. Estas se han centrado fundamentalmente en el nivel primario de atención, pero falta información sobre que ocurre en el nivel de especialidad, es decir en salud mental. El objetivo de este estudio es comprender cómo se presenta la estigmatización hacia personas con diagnóstico de trastorno mental, desde la experiencia de los usuarios, en centros de salud mental del Servicio de Salud Concepción.

Esta investigación está bajo el alero del proyecto Fondecyt N° 1221531. El presente estudio se realizó bajo el paradigma cualitativo, descriptivo y fenomenológico. En el cual se realizaron entrevistas semiestructuradas a 19 usuarios pertenecientes a distintos COSAM del Servicio de Salud Concepción (COSAM Concepción, COSAM Leonor Mascayano, COSAM San Pedro y COSAM Lota). Se realizó un análisis temático con la información obtenida.

Se encontró que los usuarios entienden el estigma como prejuicios y exclusión social, conceptualización que se basa en su experiencia cotidiana. Por otra parte, ellos valoran la atención que reciben del personal de salud mental, no obstante, igual se evidencian formas de estigmatización. Estas están ancladas en actitudes poco empáticas, de rechazo, falta de entrega de información y trato infantilizador. De igual forma los usuarios consideran más

cercanos al personal con formación psicosocial que a los funcionarios con formación biomédica. Por otra parte, y respecto a los factores que influyen en el proceso de estigmatización se pueden considerar desde una perspectiva ecosistémica, con factores macro, meso y microsociales.

Se puede apreciar que la atención hacia los usuarios de salud mental ha mejorado, respecto a décadas anteriores. El estigma ha evolucionado pues han disminuido los aspectos más directos como la violencia hacia los usuarios, no obstante, actualmente se presenta de formas más sutiles, como la infantilización.

## Introducción

La salud mental cada vez adquiere mayor relevancia, debido al aumento de las tasas de trastornos mentales y de suicidios (Araneda, et al., 2021; Ministerio de Salud [MINSAL], 2017; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). También el periodo de pandemia y confinamiento que vivió el mundo durante dos años deterioró la salud mental de las personas (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021).

Las personas con trastornos mentales son estigmatizadas. El estigma es un proceso de etiquetamiento por parte de la sociedad hacia atributos que se consideran devaluadores (Crocker et al., 1998; Link y Phelan, 2001); esto se expresa en estereotipos, prejuicios y discriminación (López, et al., 2008).

Yang et al. (2007) postula que la sociedad colabora con la marginación de los individuos al limitar la interacción con los otros, utilizando mecanismos estigmatizantes para excluir socialmente a quienes son diferentes (Archer, 1985; Kurzban y Leary, 2001). El estigma se produce y se mantiene mediante la interacción entre los sistemas micro, meso y macrosociales, afectando no solo al individuo estigmatizado, sino también a su ambiente más cercano y a la sociedad (Cook, et al., 2014; Hatzenbuehler, et al., 2013).

El personal de salud mental está en constante contacto con los usuarios (el término usuario se usa de manera genérica e incluye a mujeres y disidencias sexuales) y al indagar sobre sus actitudes hacia ellos, se ha evidenciado que son ambivalentes pues coexisten tanto actitudes positivas como negativas

(Schulze, 2007; Whal y Aroesty-Cohen, 2010). Las actitudes positivas se manifiestan en menos prejuicios hacia los usuarios, por ejemplo, el personal de salud mental considera que los usuarios no son tan peligrosos como la población general (Bizumic, et al. 2022; Grausgruber, et al., 2007). Mientras que las actitudes negativas se manifiestan en mayor prejuicio hacia estos, como creer que son personas manipuladoras, con retraso mental y son percibidos como una molestia (Flanagan, et al., 2009; Hana, et al., 2022; Hanafiah y Van Bortel, 2015; Linden y Kavanagh, 2011). También presentan actitudes coercitivas en el tratamiento y paternalismo en la interacción con ellos (Valverde-Bolivar, et al., 2022).

El estigma genera graves consecuencias para los afectados, como dificultad para mantener relaciones interpersonales, encontrar trabajo y acceder a una vivienda (Baumann, 2007; Junna, et al., 2022; Mejía-Lancheros, et al., 2021). Del mismo modo, sus derechos y libertades se encuentran restringidas (Burton, 1990; Hemmens, et al., 2002). Producto de los prejuicios de los que son objeto, las personas con un trastorno mental no desean asistir a los centros de salud mental, ni recibir tratamiento y presentan una baja adherencia al mismo (Mojtabai et al., 2010; SAMHSA 2012).

Lo expuesto anteriormente genera repercusiones negativas, tales como disminución del bienestar psicológico, baja autoestima, sintomatología ansiosa y depresiva y aumento en los indicadores de morbi mortalidad (Camp, et al., 2002; Fung, et al., 2007; Kisely, et al., 2009; Link, et al., 2001; Magallares, 2011; Nasrallah, et al., 2006).

Ante toda esta evidencia, el estigma hacia los trastornos mentales adquiere un rol importante dentro de la salud pública mundial (Mascayano, et al., 2015b). En esta línea la Organización Mundial de Psiquiatría ha liderado múltiples campañas de intervención contra el estigma (Kadri y Sartorius, 2005). También, la disminución del estigma está contemplada por la OMS en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 (OMS, 2022). Se pretende que las personas logren el mayor bienestar posible, participen en la sociedad y en el área laboral sin estigmatización. Por último, al centrarse en el país, dentro del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 una de las líneas programáticas se aboca a reducir el estigma en personal de salud mental (MINSAL 2017).

El estigma hacia los trastornos mentales por parte del personal de salud ha sido escasamente investigado en Latinoamérica y Chile.

Principalmente se ha estudiado en la atención primaria de salud (APS). Los estudios muestran que el personal de APS presenta actitudes negativas y conductas de rechazo hacia personas con trastorno mental (Sapag y Velasco, 2020; Vaccari et al., 2020).

Respecto al personal de salud mental de atención secundaria, solo se han encontrado incipientes investigaciones en Brasil y Chile, fundamentalmente desde la perspectiva de los profesionales y son escasas las que lo abordan desde la perspectiva de los usuarios, es decir preguntándoles a ellos. Una excepción a esto fue un estudio multicéntrico de Wagner, et al. (2011) realizado en seis países (Argentina, Brasil, Chile, España, Inglaterra y

Venezuela). Se encontró que los usuarios reportan recibir malos tratos por parte del personal de salud mental. Asimismo, el personal de salud mental tiende a etiquetar a los usuarios y hacer distinciones entre diagnósticos, teniendo conductas discriminatorias hacia ciertos trastornos mentales, como la esquizofrenia.

En Brasil, se ha encontrado que el personal de salud mental tiene actitudes negativas hacia los usuarios, como restringir sus actividades sociales y ser autoritarios (Da Conceição Soares Martins, et al., 2013; De Sousa Nóbrega, et al., 2021). En tanto en Chile una investigación etnográfica en centros de salud mental mostró que el personal presenta actitudes negativas hacia los usuarios. Esto se manifiesta en su trayectoria en el centro de salud. La identidad cambia de persona a “paciente”, lo que genera dependencia del rol experto de los profesionales. De igual forma, el personal de salud ve los problemas de salud mental como enfermedades crónicas y no cree en la recuperación de las personas con trastornos mentales (Jara-Ogeda, et al., 2022).

Solo se tiene conocimiento de dos investigaciones de estigma en salud mental desde la perspectiva de los usuarios en el país. Estas indican que los usuarios perciben discriminación por parte de los funcionarios de salud mental y desean que el trato sea más humano. De igual modo, se concluye que el estigma restringe la participación y derecho de los usuarios y dificulta la recuperación (Cárcamo, et al., 2019; Wagner, et al., 2011).

Puesto que las personas con trastornos mentales están en contacto permanente con profesionales de salud mental es que se hace indispensable poder conocer mejor cómo ocurre la estigmatización en este nivel, considerando la mirada de los afectados directos.

Se ha postulado que el estigma es dependiente del contexto y la cultura (Yang et al., 2007), es decir la forma como se presenta el estigma cambia de acuerdo con las normas y valores sociales del lugar. Esto implica que lo que se ha encontrado en otros países sobre el estigma no es necesariamente lo mismo que ocurre en Chile. Si se desea en el futuro desarrollar intervenciones para disminuir el estigma es relevante poder tener información sobre lo que ocurre en el país.

A partir de lo expuesto surge la pregunta ¿cómo las personas con trastorno mental perciben el estigma en los centros de salud mental en los que se atienden?

### **Objetivos:**

**Objetivo General:** Comprender cómo se presenta la estigmatización hacia personas con diagnóstico de trastorno mental, desde la experiencia de los usuarios, en centros de salud mental del Servicio de Salud Concepción.

### **Objetivos Específicos:**

- Conocer la conceptualización de estigma que tienen los usuarios de salud mental.

- Analizar la experiencia que tienen los usuarios de su atención en salud mental y determinar si existen diferencias en esta por tipo de profesional.
- Describir las formas en que se presenta la estigmatización, desde la perspectiva de los usuarios por parte del personal de salud mental que los atiende e identificar diferencias por centro de salud.
- Identificar las dimensiones que pueden contribuir a la estigmatización del personal de salud mental hacia los usuarios que atienden.

**Supuestos:**

- La experiencia de los usuarios de salud mental tenderá a ser ambivalente. Una parte de ellos valorará de forma positiva la atención entregada en cuanto al trato recibido y a las mejoras gracias al tratamiento. Mientras otros evaluarán la atención de manera negativa, particularmente la información entregada, el trato recibido y problemas con la atención en el sistema de salud.
- Los profesionales del ámbito psicosocial tenderán a tener un trato más humanizado con los usuarios en comparación a los profesionales del área biomédica.
- Los trastornos mentales más estigmatizados serán la esquizofrenia, el consumo de alcohol y/o droga y el trastorno límite de la personalidad.

## **Marco Teórico**

### **Salud mental**

#### ***Epidemiología de los trastornos mentales en el mundo***

Una revisión bibliográfica y metaanálisis realizada por Charlson, et al. (2019) donde revisaron artículos científicos y documentos de gobiernos entre los años 2000 y 2017, concluye que la prevalencia de los trastornos mentales como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, bipolaridad y esquizofrenia es de un 22.1%. En el año 2019, una de cada ocho personas en el mundo tuvo un trastorno mental, siendo los trastornos ansiosos y depresivos los más comunes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Los trastornos mentales han aumentado drásticamente en los últimos años a causa del Covid-19. De acuerdo con la OMS (2022), se estima un aumento de los trastornos ansiosos en un 25.6% y de los trastornos depresivos un 27.6%. Este incremento afecta más a los lugares donde hubo mayor contagio por Covid-19 y a los países con menores ingresos económicos, además de la población femenina y a los adultos jóvenes, entre 20 a 24 años.

Los trastornos mentales han ido en aumento, si bien hay varias campañas de prevención, promoción y tratamientos, un gran porcentaje de la población aún no tiene acceso a una atención efectiva (OMS, 2021; 2022).

## ***Epidemiología de los trastornos mentales en Chile***

La OMS posicionó a Chile entre los países con más trastornos mentales en el mundo, con una prevalencia de 23,2%. Se estima que 4.380.197 (15%) personas mayores de 15 años han presentado algún trastorno mental durante su ciclo vital y que 3.010.538 (22,2%) personas han tenido uno en los últimos 12 meses (Vicente et al., 2016).

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, un gran porcentaje de la población chilena padece algún trastorno mental, como trastornos ansiosos, abuso y dependencia de sustancias, y depresión. Estos pueden tener su origen en factores biológicos (como la genética), psicológicos (como el estrés percibido), socioeconómicos (como la pobreza, exclusión social y falta de acceso a los servicios sanitarios), ambientales (como la violencia) y culturales (como el estigma y discriminación) (MINSAL, 2017).

En el año 2020, durante la pandemia y el confinamiento, se estima que los trastornos ansiosos en el mundo aumentaron en un 37,4%, mientras que los trastornos depresivos en un 40,6%, respecto al año 2019 (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021).

Según Nazar, et al. (2021) y Galindo-Vázquez, et al. (2020) la sintomatología ansiosa y depresiva tiene mayor prevalencia en el sexo femenino, se cree que es debido al estrés crónico asociado a ser mujer o al sesgo que la mujer es más propensa a demostrar emociones como la tristeza (Albert, 2015). También, es más probable que los trastornos mentales estén

presentes en personas fumadoras, sedentarias, que tienen enfermedades de base (como artritis reumatoide) y altos índices de estrés percibido.

Chile tiene una alta prevalencia de trastornos mentales debido a diversos factores, por lo que es importante realizar campañas eficaces de prevención y promoción en salud mental considerando sus distintas condicionantes (MINSAL, 2017). Por otra parte, es relevante mencionar que solo el 38,5% de las personas con trastornos mentales asiste a algún tipo de servicio de salud mental, entre los factores que influyen está el estigma, por lo que es necesario reducir este para que la población se atreva a consultar por sus problemas (Vicente, et al., 2016).

### ***Conceptualización de los trastornos mentales***

Tras la crisis de la psiquiatría en los años 60' y 70', esta rama de la medicina optó por seguir la corriente neokrapeliana. Esta se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, los cuales son entendidos como enfermedades físicas con un gran componente biológico (Klerman, 1978).

La corriente neokrapeliana, tiene como objetivo describir y operacionalizar los diversos patrones de experiencia, desarrollo y/o comportamiento que generan malestar psicológico; estos patrones son conceptualizados como trastornos mentales (Cova, 2021).

Estos patrones se transformaron en categorías diagnósticas, estableciendo trastornos mentales específicos con criterios, de esta forma surge la clasificación de manuales como el DSM (manual diagnóstico y estadístico de

los trastornos mentales, por sus siglas en inglés) y un capítulo del CIE (clasificación internacional de enfermedades) (Cova, 2021).

El DSM-V define trastorno mental o psiquiátrico como un síndrome que se caracteriza por una alteración en las áreas cognitivas, emocionales y conductuales. Esto se refleja en una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo, pudiendo generar discapacidad en el área social, académica, laboral u otras (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Por su parte el CIE-11 postula que los trastornos mentales son alteraciones clínicamente significativas que se manifiestan mediante el comportamiento, las emociones y la cognición. Los trastornos mentales pueden causar discapacidad psicosocial a la persona (OMS, 2019).

En la actualidad se critica la sobre patologización que existe sobre el sufrimiento humano, (Bergey, 2018; Wakefield, 2017). Esta propicia el proceso de etiquetamiento, lo que se relaciona con la prescripción indiscriminada de psicofármacos (Frances, 2013).

Estos manuales solo se centran en ver si la persona cumple con el criterio diagnóstico sin considerar el contexto y los factores que inciden en la aparición de estos síntomas. Por lo que se ha tratado de cambiar el paradigma, para que los problemas de salud mental se aprecian con una mirada más amplia, considerándose “problemas de la vida” que generan malestar emocional en la persona, pero esto no necesariamente va a desencadenar un trastorno mental (Wakefield, 2017).

## **Conceptualización del estigma y sus tipos**

Desde 1980 los estudios sobre estigma han aumentado exponencialmente, sobre todo desde el área de la Psicología Social (Link y Phelan, 2001). El concepto de estigma fue creado por los griegos, este era utilizado para referirse a marcas corporales, como quemaduras o cortes que eran característicos en criminales, esclavos y traidores. Al tener estas marcas los demás individuos sabían que debían evitarlos por ser personas inmorales (Goffman, 1963).

El estigma ha sido estudiado en diversas enfermedades, como el cáncer (Arellano y Castro, 2013; Penagos-Corzo y Pintado, 2020), las enfermedades de transmisión sexual (Palacios, et al., 2015); y diversas poblaciones, como las disidencias sexuales (Pantoja, et al., 2020) y las personas con trastornos mentales (Campo-Arias, et al., 2014; Paredes, et al., 2018), este estudio se centrará en esta última población.

Las principales conceptualizaciones sobre el estigma son la perspectiva psicosocial, la perspectiva sociológica, la perspectiva antropológica, la perspectiva ecosistema y la perspectiva evolutiva. A continuación, se describirán estas corrientes.

### ***Perspectiva psicosocial***

Dentro de la perspectiva psicosocial, Crocker et al. (1998) postula que la estigmatización ocurre cuando un individuo posee o cree poseer una característica que el contexto social devalúa. Este atributo puede ser

visible/invisible, controlable/incontrolable y está ligado al aspecto físico, el comportamiento y/o a la pertenencia a un grupo estigmatizado.

Stafford y Scott (1998), también destacan la relevancia del contexto social, definen el estigma como una característica devaluadora del individuo que es distinta a la norma social. Cabe destacar, que el estigma no es inherente al individuo, sino que se encuentra en el contexto social en el que está inserto, puesto que el estigma ocurre durante las relaciones interpersonales y en la interacción social (Major y O'Brien, 2005).

Según López, et al. (2008) para que surja el estigma social, deben darse tres condiciones, siendo estas:

1. **Los estereotipos.** Son un conjunto de creencias y acuerdos colectivos sobre un grupo social estigmatizado, lo que sesga la interacción con ellos.
2. **Los prejuicios.** Son las actitudes negativas que surgen de un componente emocional negativo hacia los miembros de un grupo estigmatizado.
3. **La discriminación.** Son conductas de rechazo que nacen a partir de los prejuicios que se tienen hacia los miembros de un grupo estigmatizado, colocando al grupo en desventaja con respecto a los otros. La discriminación limita a las personas para tener acceso pleno a diversos ámbitos de la vida, como el trabajo, vivienda, entre otros. Asimismo, afecta el estatus social y la salud, ya sea física y/o psicológica (Crandall y Eshleman, 2003).

El estigma afecta el comportamiento, los pensamientos y los afectos de las personas estigmatizadas, siendo más propensas a que actúen de acuerdo con las creencias estereotipadas que la sociedad tiene hacia ellas, teniendo como resultado la disminución de su autoestima y bienestar en general (Deaux y Major, 1987; Major y O'Brien, 2005).

En conclusión, desde esta corriente, el estigma es visto como una característica devaluadora, que tiene tres componentes: estereotipos, prejuicios y discriminación y donde el contexto social adquiere relevancia, puesto que es en este dónde ocurre el estigma (Major y O'Brien, 2005).

### ***Perspectiva sociológica***

Dentro de la perspectiva sociológica Goffman (1963), fue uno de los mayores exponentes. El autor postula que el estigma es un atributo profundamente desacreditador que es incongruente con lo que se espera sobre un grupo de individuos determinado. Este atributo puede ser físico, psicológico o social, y se vuelve el aspecto central de la identidad social real (son características que posee la persona). El sujeto al ser objeto de estigma es percibido como un ser peligroso, inferior o no merecedor de respeto.

El estigma además de afectar la vida de la persona desacreditada también afecta sus procesos de interacción y la dinámica social. Esto tiene como consecuencia dificultades para estas personas, como limitación de oportunidades al momento de desarrollarse e integrarse a la sociedad (Goffman, 1963).

Scheff (1966), es otro autor importante dentro de esta perspectiva, propone la teoría del etiquetado de los trastornos mentales, explicando que esto ocurre cuando a los individuos se les colocan etiquetas de anormalidad, donde la sociedad tiene percepciones erróneas de ellos. Asimismo, comenta que los estereotipos y actitudes negativas hacia los trastornos mentales son aprendidos mediante la socialización, es por esto que mientras no exista educación y concientización sobre los trastornos mentales, las personas seguirán preconociendo estas etiquetas.

Durante estas últimas décadas, Link y Phelan (2001), basándose en la teoría del etiquetado, postulan que para que exista estigma se deben reunir las siguientes condiciones:

1. Se deben distinguir y etiquetar las diferencias, que se expresan en categorías que resaltan atributos desacreditadores, originando grupos sociales como por ejemplo “los esquizofrénicos”.
2. Asociar diferencias con estereotipos negativos, las personas crean automáticamente estereotipos y sesgos para facilitar la eficacia cognitiva, es decir, se generan rápidamente imágenes mentales para saber cómo interactuar con los demás.
3. Realizar la separación “nosotros” “ellos”, existe una jerarquía entre las personas estigmatizadoras (nosotros) y estigmatizadas (ellos), donde el primer grupo se perciben con superioridad respecto del segundo grupo, y estos últimos se perciben inferiores y consideran las etiquetas como parte central de su identidad

4. Pérdida de estatus y discriminación, los autores parten de la premisa que tener bajo estatus es la base de la discriminación, y que el estigma surge de la diferencia de poder que existe entre los individuos estigmatizadores y estigmatizados, siendo las personas con etiquetas quienes ostentan un menor estatus.

A modo de conclusión, el estigma depende del poder económico, social y político que permita la aparición de niveles de jerarquía entre estigmatizadores y estigmatizados, pérdida de estatus estereotipos, discriminación y exclusión hacia los sujetos etiquetados (Link y Phelan, 2001).

### ***Perspectiva antropológica***

La perspectiva antropológica o etnográfica enfatiza que el estigma es un proceso con varias dimensiones sociales, considera como el estigma afecta la vida moral de quienes lo viven, incluyendo el sufrimiento social, violencia y trauma (Yang, et al., 2007).

Lo relevante de esta corriente es la experiencia social vivida, entendida como los diversos compromisos que son percibidos en el contexto en el que se desarrolla la vida cotidiana y las interacciones sociales, lo cual es definido como el mundo local. Estos mundos locales hacen alusión a una parte de la vida cotidiana que adquiere importancia y existen elementos en disputa, por lo que los actores sociales viven con incertidumbre de perder o ganar algo, como estatus, trabajo, relaciones sociales, entre otras (Yang, et al., 2007).

Lo mencionado anteriormente, puede ser conceptualizado como el modo moral de la experiencia cotidiana, esta alude a lo que se cataloga como lo relevante para los seres humanos, en la vida cotidiana (Kleinman, 1999).

El estigma se manifiesta en las áreas físicas, sociales, emocionales y culturales. Esto quiere decir que el mundo social (lugar donde se encuentran los valores) se interpone con el “yo” (siendo esto, las experiencias subjetivas y las emociones), dando como resultado manifestaciones psico-biológicas. La sociedad colabora con la marginación de los individuos al limitar la interacción con los otros (Yang, et al., 2007).

Yang, et al. (2007) proponen que el estigma tiene las siguientes características:

1. **Es socio somático.** Esto quiere decir que, en los procesos morales, los valores de la sociedad afectan directamente el cuerpo, y en este se alojan los procesos emocionales de los actores sociales.
2. **Es intersubjetivo.** El estigma es un proceso relacional e interpersonal, puesto que ocurre cuando el individuo interactúa con la sociedad y en la percepción que tenga la persona sobre esta interacción.
3. **Amenaza aspectos relevantes de la vida.** Se refiere a que el estigma amenaza la posición moral, afecta las relaciones interpersonales, los valores de las personas y las actividades diarias.

A modo de conclusión, esta perspectiva concibe el estigma desde un punto de vista moral, abordando de forma más amplia las áreas sociales de los

trastornos mentales como el sufrimiento social, el trauma y la violencia. Asimismo, postula que el estigma se manifiesta en diversos aspectos de la vida de los individuos, como el área física, emocional, social y cultural (Yang, et al., 2007).

### ***Perspectiva evolutiva***

La perspectiva evolutiva concibe el estigma desde un punto de vista biológico y psicológico evolutivo, postulando que este es un fenómeno natural y universal, que la especie humana ha desarrollado como un mecanismo adaptativo para proteger a la sociedad de individuos que son percibidos como peligrosos o indeseables y evitar enfermedades (Kurzban y Leary, 2001).

Se considera que el dominio psicológico ha evolucionado para resolver problemas relacionados con la socialización, de esta forma los individuos utilizan una serie de mecanismos estigmatizantes para excluir socialmente a quienes son diferentes. Este comportamiento da como resultado el estigma. Este tiene como objetivo mantener la cohesión grupal y la supervivencia de características deseables socialmente (Archer, 1985).

Esta visión sigue los lineamientos de la teoría de la selección natural de Darwin (1859), por lo tanto, los individuos estigmatizados, que son considerados peligrosos por la sociedad tienen menos posibilidades de reproducirse, esto reduce la probabilidad de que ciertos rasgos genéticos considerados “indeseables” se transmitan a la próxima generación (Kurzban y Leary, 2001).

Kurzban y Leary (2001) postulan que el estigma se da por tres componentes que se explicarán a continuación:

1. **Cooperación diádica.** Se refiere a un conjunto de mecanismos empleados por los sujetos para evitar interacciones con aquellos considerados indeseables para intercambios sociales, puesto que, al ver los costos y beneficios de la interacción, predominan los costos. Existen tres elementos que permiten llevar a cabo la exclusión social, siendo estos: a) tener objetivos y conductas impredecibles, b) historial de comportamientos deshonestos y c) pocos recursos sociales y económicos (Cosmides y Tooby, 1992; Neuberg, et al., 2000).
2. **Explotación coalicional.** Alude a un conjunto de acciones realizadas para excluir a aquellos considerados indeseables (Tooby y Cosmides, 2005). Los aspectos considerados positivos en las interacciones sociales son: a) que los sujetos cooperan dentro del grupo y b) opriman a los más débiles (Baumeister y Tice, 1990; Tooby y Cosmides, 2005).
3. **Evitación de parásitos.** Son adaptaciones llevadas a cabo para mantener un contacto reducido con aquellos que puedan tener mayores probabilidades de transmitir patógenos (Alexander, 1974).

Estos mecanismos tienen como objetivo que la socialización sea funcional, porque es necesario que existan filtros al momento de interactuar con las personas y se espera que la selección natural reduzca los esfuerzos sociales cuando los individuos sean peligrosos (Kurzban y Leary, 2001).

A modo de conclusión, esta perspectiva explica el estigma como un proceso natural y adaptativo necesario para la supervivencia humana, guiándose por la selección natural. Asimismo, se centra en tres componentes relevantes que explicarían el origen del estigma (Kurzban y Leary, 2001).

### ***Perspectiva ecosistémica***

La perspectiva ecosistémica postula que el estigma es un constructo multidimensional y se manifiesta en los distintos niveles de la sociedad: microsistema, mesosistema y macrosistema. El estigma se produce y se mantiene mediante la interacción entre los sistemas, afectando no solo al individuo estigmatizado, sino también a su ambiente y a la sociedad (Cook, et al., 2014; Hatzenbuehler, et al., 2013).

La persona es estigmatizada debido a características o identidades que son consideradas negativas socialmente. Esto afecta las reacciones cognitivas, afectivas y conductuales del individuo, por lo que presentará problemas de autoestima, identidad, salud mental, relaciones con otros y acceso a ciertos recursos sociales, entre otros (Pryor y Reeder, 2011).

Esta visión sigue los lineamientos de la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987), propone tres niveles, los cuales se describen a continuación (Cook, et al., 2014):

1. **Nivel intrapersonal.** Sería el microsistema, se encuentran los atributos de la persona estigmatizada, junto con las relaciones personales e intrapersonales que afectan su experiencia con el entorno.

2. **Nivel interpersonal.** Sería el mesosistema, donde se encuentran las relaciones que forman grupos pequeños, en los cuales se encuentran los individuos estigmatizados
3. **Nivel estructural.** Sería el macrosistema, donde se encuentran las estructuras y normas sociales que favorecen el estigma. Se enfoca en lo que sucede en la sociedad, como políticas públicas, medios de comunicación, entre otros.

A modo de conclusión, esta perspectiva explica el estigma como un fenómeno multidimensional, donde son relevantes los factores sociales, culturales y estructurales, puesto que influyen en la estigmatización hacia las personas. Por último, se considera importante que en las intervenciones para reducir el estigma se tomen en cuenta la existencia y relación entre los sistemas (Hatzenbuehler, et al., 2013).

### ***Tipos de estigma***

De acuerdo con diversos autores se ha visto que existen distintos tipos de estigma, Goffman (1963) categoriza el estigma en tres grandes grupos, siendo estos:

1. **Estigmas tribales.** Son aquellos que designan a miembros de otro grupo o cultura.
2. **Estigmas basados en abominaciones del cuerpo,** como deformaciones físicas.

3. **Estigmas basados en defectos del carácter.** Este se percibe como falta de voluntad, creencias rígidas, deshonestidad. Es asignado a personas con trastornos mentales y delincuentes, entre otros.

Una clasificación más reciente es la de Bos, et al. (2013), quienes postulan que existen cuatro formas de estigma, siendo estos:

1. **Estigma público.** Es cuando grandes grupos sociales respaldan los estereotipos hacia personas o grupos estigmatizados y actúan conforme a ellos. Este tipo de estigma impacta al yo de tres formas: a) a través del estigma declarado; b) a través de los sentimientos de estigma; y c) a través del estigma internalizado (Corrigan, et al., 2005; Herek, 2007).
2. **Auto-estigma.** Este surge cuando el individuo es consciente del estigma público que vive, contiene componentes afectivos, conductuales y cognitivos. Las personas se sienten “desacreditados”, generando un impacto psicológico negativo, pierden su autoestima y autoeficacia. Ante esto utilizan estrategias de afrontamiento para sentirse aceptados por la sociedad, entre estas están las estrategias de afrontamiento centradas en el problema (pueden ir dirigidas hacia otros, hacia sí mismos y hacia situaciones) y las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (comparación y atribuciones externas) (Corrigan, et al., 2005; Major y O’Brien, 2005; Stutterheim et al., 2011).

3. **Estigma por asociación.** Este es definido por Neuberger, et al., (1994), como el estigma que vive una persona “normal”, cuando es relacionada con alguien estigmatizado. De este modo, el estigma también afecta a los individuos cercanos a quienes sufren estigmatización, existiendo una devaluación meramente por existir una conexión. Esto se da en personas cercanas (familiares, amigos, cuidadores, entre otros), con quienes se comparte un vínculo importante, o también personas arbitrarias, con quienes existe cierta proximidad física (Pryor, et al., 2012).
4. **Estigma estructural.** Se refiere a la forma en que las ideologías sociales y las instituciones restringen los derechos de las personas estigmatizadas mediante leyes y políticas públicas, entre otros. Se ha demostrado que este tipo de estigma produce desigualdad social y se evidencia en la forma en que se distribuyen los recursos (Corrigan, et al., 2005; Link y Phelan, 2001).

Aparte de los tipos ya descritos, surge un subtipo de estigma para entender la discriminación que imparte el personal de salud mental:

### **Estigma de los profesionales de salud mental**

Este tipo de estigma es conceptualizado como la visión de discriminación que los usuarios perciben por parte de profesionales de salud mental (Charles, 2013).

El personal de salud mental es parte del público general, por lo que al ser parte de la sociedad interioriza las actitudes, estereotipos y prejuicios negativos que existen en torno a los trastornos mentales (Schulze 2007), como considerar que los usuarios de salud mental son peligrosos, tener bajas expectativas en la recuperación, entre otras (Overton y Medina, 2008).

Investigaciones han evidenciado que el personal de salud mental tiene actitudes negativas hacia los usuarios y en ocasiones se han encontrado actitudes más pesimistas que la población general (Bjorkman, et al., 2006; Overton y Medina, 2008; Penn y Martin, 1998).

Lo anterior genera repercusiones negativas, como el quiebre de la relación terapéutica, entregar una atención precaria y la baja adherencia por parte del usuario (Bjorkman, et al., 2006).

Se puede apreciar que los tipos de estigma provocan restricciones sociales y dependen de factores estructurales, sociales y culturales. Generando diversas consecuencias negativas, como las mencionadas anteriormente, para los individuos y personas cercanas (Bos, et al., 2013).

## **Estigma en salud mental**

### ***Estigma de profesionales de salud mental hacia personas con trastornos mentales***

En la literatura se ha encontrado que el personal de salud mental tiene actitudes ambivalentes hacia las personas con trastornos mentales (Carrara, et al., 2019; Schulze, 2007; Whal y Aroesty-Cohen, 2010). De acuerdo con Schulze (2007) el estigma asociado a la atención por parte de los profesionales de salud mental representa un 22,3% de las experiencias de estigma reportadas por los usuarios. De hecho, en un estudio más reciente, Harangozo, et al. (2014) reporta que más del 38% de los usuarios se sintió discriminado por parte del personal de salud mental.

Por un lado, existen estudios que muestran actitudes positivas hacia los usuarios (Economou, et al., 2019), esto se ve reflejado en diversos aspectos, los cuales se mencionan a continuación:

En la visión del personal, se menciona que el tener un familiar o amigo con algún problema de salud mental ha cambiado su percepción sobre estos, ya que logran entenderlos, ser más empáticos, piensan que son valientes, saludables, talentosos, racionales, tienen altas posibilidades de recuperarse, no ven a los usuarios como personas inferiores, difíciles o una amenaza para la sociedad y alrededor de un 95% comenta que los usuarios son personas menos peligrosas de lo que la población piensa (Flanagan, et al., 2009; Grausgruber, et al., 2007; Kingdon, et al., 2004; Loch, et al., 2013; Munro y

Baker, 2007; Stuber, et al., 2015; Waugh, et al., 2017; Yuan, et al., 2017). De igual modo, en comparación con la sociedad, el personal de salud es más tolerante, apoya la atención comunitaria en salud mental, tienen menos prejuicios, restricciones y conceptos erróneos sobre los trastornos mentales (Cremonini, et al., 2018).

Respecto a los derechos civiles de los usuarios con trastornos mentales, el personal de salud mental comenta que estos deberían ser los mismos que para el resto de la sociedad, como el derecho a votar y tomar decisiones sobre su tratamiento (Abdulla, et al., 2022).

En el distanciamiento social se encuentran bajos niveles, esto quiere decir, que los profesionales no tienen problemas en tener como colegas, amigos o pareja a personas con trastornos mentales (Cremonini, et al., 2018; Des Curtis, et al, 2008).

Por otro lado, existen estudios que muestran actitudes negativas del personal de salud mental hacia los usuarios (Whal y Aroesty-Cohen, 2010; Zamorano, et al., 2023). Esto se debería a que el personal de salud ha interiorizado los estereotipos y prejuicios que existen en torno a los usuarios, lo que afecta el comportamiento y las actitudes que tienen hacia ellos (Valverde-Bolivar, et al., 2022). Esto se evidencia en diversas áreas, las cuales se mencionan a continuación:

En las creencias sobre los trastornos mentales, se ha apreciado que el personal desempeña un rol relevante en la estigmatización hacia los usuarios,

puesto que atribuyen diagnósticos descuidadamente, creen que tienen pocas posibilidades de recuperarse, utilizan tratamientos que provocan bastantes efectos secundarios y entregan pronósticos negativos sobre el diagnóstico y la recuperación (Corrigan y Watson, 2002; Hanafiah y Van Bortel, 2015; Hocking, 2003).

Respecto al uso de etiquetas diagnósticas, el personal de salud dice que estas se utilizan con el fin de controlar el comportamiento de los usuarios, estas etiquetas diagnósticas deshumanizan el trato a los usuarios, ya que se ve el diagnóstico antes que a la persona (Flanagan, et al., 2009).

Las actitudes del personal de salud mental que predominan hacia los usuarios son la coerción, la evitación, sobreprotección y el paternalismo (Abdulla, et al. 2022; Seo, et al., 2012; Valverde-Bolivar, et al., 2022). Asimismo, los profesionales de salud mental tienen actitudes pesimistas sobre la recuperación y dificultades para ver a los sujetos con trastornos mentales graves de la misma forma que ven al resto de la población (Economou, et al., 2019; Flanagan, et al., 2009).

Respecto a los derechos civiles y restricciones de los usuarios con trastornos mentales, el personal de salud mental comenta que hay que restringir derechos de los usuarios, como el derecho a voto, a licencia de conducir, no deberían tener descendencia o esta tendría que ser controlada y no podrían trabajar en el área de salud mental (Abdulla, et al., 2022; Arvaniti et al., 2009; Druetta, et al., 2013; Magliano et al., 2004; Nordt et al., 2006).

La visión del personal de salud mental considera a los usuarios como personas manipuladoras, peligrosas, locas, poco cooperativas, ansiosas, emocionales (Arvaniti et al., 2009; Deans y Meocevic, 2006; Flanagan, et al., 2009). Asimismo, tiene problemas anímicos, presentan retraso mental, son una molestia y es difícil comunicarse con ellos (Grausgruber, et al., 2007; Hana, et al., 2022; Hanafiah y Van Bortel, 2015; Linden y Kavanagh, 2011; Nordt et al., 2006). Por lo que consideran que se deberían evitar (Grausgruber, et al., 2007; Hanafiah y Van Bortel, 2015;). Asimismo, cuando estos se quejan de molestias físicas, el personal no los toma en cuenta debido a que creen que están fingiendo (Flanagan, et al., 2009).

En el distanciamiento social se encuentra que el personal tendría cuidado al tener amigos o colegas con trastornos mentales, puesto que consideran que son personas débiles, poco confiables y que no son capaces de realizar las labores que deberían (Abdulla, et al., 2022; Hansson, et al., 2011). Asimismo, explican que si una persona comenta que tiene problemas de salud mental pueden despedirlo o no darle un ascenso (Waugh, et al., 2017). También, exponen que los centros de atención de salud mental no deberían estar en las áreas residenciales (Yuan, et al., 2017).

En una revisión bibliográfica donde se analizaron 19 artículos, se reportó que las actitudes negativas estaban presentes incluso en los estudios con resultados favorables (Whal y Aroesty-Cohen, 2010). De igual forma, el personal de salud comparte estereotipos presentados en la sociedad, como que las personas con trastornos mentales son peligrosas, tienen bajas

posibilidades de recuperación, los derechos civiles y libertades deberían ser restringidos, como el matrimonio y la maternidad o paternidad (Abdulla, et al., 2022; Arvaniti et al., 2009; Druetta, et al., 2013; Magliano et al., 2004; Nordt et al., 2006).

Se ha encontrado que los profesionales del área de la salud mental no son conscientes de sus creencias y comportamientos negativos hacia los usuarios, esto puede contribuir al estigma en salud mental y afectar el vínculo terapéutico, por lo tanto, es relevante que revisen constantemente su comportamiento y actitudes hacia los usuarios (Valverde-Bolivar, et al., 2022; Whal y Aroesty-Cohen, 2010).

Al consultar al personal de salud mental sobre las actitudes estigmatizantes hacia los usuarios, indican que se deben a la presión que existe en el trabajo, las habilidades de comunicación deficientes, el bajo logro personal en el trabajo y al poco tiempo para realizar sus labores (Weight y Kendal, 2013; Zaninotto et al., 2018). Ante esto, se considera la formación profesional como un aspecto esencial para disminuir este tipo de conductas y actitudes, pues los profesionales que cuentan con una amplia experiencia laboral en el ámbito de la psiquiatría y están altamente cualificados tienden a poseer actitudes positivas (Tay, et al., 2004).

A modo de conclusión, se aprecia que el personal tiene tanto actitudes positivas como negativas hacia los usuarios. Dentro de las primeras están 1) visión positiva del personal hacia los usuarios, 2) opiniones positivas sobre los derechos civiles y 3) bajo nivel de distanciamiento social (Abdulla, et al., 2022;

Cremonini, et al., 2018; Des Courtis, et al, 2008; Economou, et al., 2019; Flanagan, et al., 2009; Kingdon, et al., 2004; Munro y Baker, 2007). Mientras que en las segundas están 1) creencias negativas sobre los trastornos mentales, 2) etiquetas diagnósticas que favorecen la deshumanización del usuario, 3) actitudes desfavorables del personal, 4) opiniones favorables sobre la restricción de los derechos civiles, y 6) deseo de distanciamiento social (Abdulla, et al. 2022; Arvaniti et al., 2009; Corrigan y Watson, 2002; Deans y Meocevic, 2006; Druetta, et al., 2013; Economou, et al., 2019; Flanagan, et al., 2009; Hana, et al., 2022; Hansson, et al., 2011; Hocking, 2003; Linden y Kavanagh, 2011; Magliano et al., 2004; Nordt et al., 2006; Seo, et al., 2012; Valverde-Bolivar, et al., 2022; Whal y Aroesty-Cohen, 2010). Esto conduce a comportamientos discriminatorios y prejuiciosos que afectan la recuperación de los usuarios (Alarcón, 2017; Thornicroft, et al., 2008).

### ***Perspectiva de los usuarios de salud mental***

Se ha estudiado el estigma del personal de salud mental desde la perspectiva de los usuarios, es decir, se les ha preguntado a ellos por sus experiencias en la atención de salud mental. Estos estudios han sido desde el paradigma cuantitativo (Arbuckle et al., 2012; Burns et al., 2009; Holzinger, et al., 2003; Verhaeghe y Bracke, 2012) y cualitativo (Chambers et al., 2014; Dahlqvist, et al., 2015; Elstad y Eide, 2009; Gale, et al., 2012; Gallagher, et al., 2010; Hamilton, et al., 2016; Kaggwa, et al., 2021; Lakeman, et al., 2012; Morphet, et al., 2012; O'Regan y Ryan, 2009; Storm y Davidson, 2010). A

continuación, se presentan los principales resultados de estas investigaciones.

En los estudios cuantitativos se ha encontrado que los usuarios se sienten discriminados por parte del personal en el trato recibido, el tratamiento psiquiátrico y los problemas en el sistema de atención.

En cuanto al trato recibido, los usuarios desean ser tratados con respeto, dignidad, comprensión, empatía, que se les brinde apoyo cuando lo necesitan y quieren ser vistos como personas, no que solo se centren en el trastorno o en el conjunto de síntomas que presentan (Burns et al., 2009; Verhaeghe y Bracke, 2012). Asimismo, los usuarios se dan cuenta cuando los profesionales no están satisfechos con el trabajo y esto contribuye a que la calidad de la atención recibida sea vista como mala y contribuya al auto-estigma, debido a que sienten rechazo por parte de los funcionarios (Burns et al., 2009; Verhaeghe y Bracke, 2012).

En relación con el tratamiento psiquiátrico, a los usuarios les gustaría participar activamente de su tratamiento, recibir explicaciones claras sobre cómo funciona, los efectos secundarios que se pueden presentar con los fármacos y tomar decisiones durante el proceso (Arbuckle et al., 2012; Holzinger, et al., 2003).

Respecto a los problemas de atención en el sistema, los usuarios se dan cuenta que la atención en los centros de salud es lenta, de mala calidad y falta personal, por lo que desean tener una atención rápida, eficaz y tener

continuidad en el tratamiento (Burns et al., 2009; Smith, et al., 2017). Los usuarios también se dan cuenta cuando el personal de salud se encuentra con sobrecarga laboral, por lo que la calidad de la atención disminuye (Burns et al., 2009).

Los estudios cualitativos muestran que los usuarios se sienten discriminados por parte del personal en el trato recibido, perciben actitudes negativas del personal, tienen reparos con el tratamiento psiquiátrico, el entorno físico, y problemas con la atención del sistema.

En cuanto al trato recibido, los usuarios relatan que falta apoyo y se sienten ignorados por parte del personal, pues estos no escuchan las demandas que tienen y cuando pasan por estados de crisis no abordan bien las situaciones (Chambers et al., 2014; Hamilton, et al., 2016; Storm y Davidson, 2010). De igual modo, se sienten olvidados y aislados, indicando que falta más atención por parte de los funcionarios (Morphet, et al., 2012). También, comentan que no son vistos como personas y les gustaría que los respetaran (Dahlqvist, et al., 2015).

En relación con las actitudes del personal, estas se perciben como negativas, los usuarios explican que sienten frustración frente al trato deshumanizado que reciben y se sienten marginados por tener trastornos mentales (Hamilton, et al., 2016). De igual modo hay actitudes de paternalismo y sobreprotección, donde en lugar de asesorar al usuario, intentan tomar decisiones por él (Hamilton, et al., 2016; Gale et al., 2012).

Respecto al tratamiento psiquiátrico, los usuarios se sienten obligados a tomar su medicación sin tener conocimiento sobre el fármaco y los posibles efectos secundarios (Gallagher, et al., 2010; Lakeman, et al., 2012). También, exponen que cuando se les cambia el tratamiento, no se les explica el motivo del cambio, puesto que se piensa que no están capacitados para entender y no se considera su opinión en las decisiones que toma el personal (Dahlqvist, et al., 2015; Gale, et al., 2012). Ante esto, los usuarios desean estar más implicados en su tratamiento y que no solo se les vea como una etiqueta diagnóstica. Comentan que discuten bastante con el personal de salud sobre su tratamiento, pero no son escuchados (Elstad y Eide, 2009; Lakeman, et al., 2012; Storm y Davidson, 2010).

Acerca del entorno físico, los usuarios en centros de atención cerrada expresan sentirse encarcelados, existe falta de privacidad y están bajo supervisión continuamente, incluso relatan que existen menos restricciones en la cárcel, indican que les gustaría ser tratados con normalidad, tener más libertades para realizar actividades y tener habitaciones separadas (Chambers et al., 2014; Morphet, et al., 2012; O'Regan y Ryan, 2009).

Referente a los problemas de atención en el sistema, los usuarios notan la falta de personal en los centros de salud, que están colapsados por la alta demanda y se necesita invertir más recursos económicos en estos; por ejemplo, mencionan que las infraestructuras son deficientes, están sucias y falta mayor seguridad (Hamilton. et al., 2016; Kaggwa, et al., 2021). Asimismo, se necesita mejorar la comunicación entre los usuarios y los profesionales de

salud (Morphet, et al., 2012). Igualmente, los usuarios en centros de atención cerrada expresan la deficiencia en los servicios básicos, como la falta de comida y que no tienen libre acceso a ella (Kaggwa, et al., 2021).

Ante esto, se puede ver que existen, tanto similitudes como diferencias en los estudios cualitativos y cuantitativos. Las similitudes aparecen en el trato recibido (se aprecia en el trato deshumanizado por parte del personal de salud, ante esto los usuarios desean ser tratados con respeto y ser vistos como personas), el tratamiento psiquiátrico (quieren estar involucrados en su tratamiento) y los problemas del sistema de atención (desean un atención rápida y eficaz), estos aspectos son considerados negativamente. Las diferencias aparecen en que los estudios cualitativos entregan información sobre las actitudes desfavorables del personal (donde los usuarios expresan sentirse marginados) y el entorno físico (donde en los centros cerrados, se realizan analogías con la cárcel por la poca libertad y privacidad que tienen), que los estudios cuantitativos no contemplaron.

Si bien ha habido un cambio en relación con las actitudes de los profesionales de salud mental en un periodo de diez años (contemplando desde 1997 hasta 2007/2008), como la disminución de los abusos, se aprecia que el estigma ha evolucionado a actitudes más implícitas, como ser despectivo con los usuarios y descuidar sus necesidades (Lyons, et al., 2009).

A modo de resumen, se aprecia que los usuarios evidencian su disconformidad con los centros de atención de salud mental en: 1) el trato recibido, 2) las actitudes desfavorables del personal, 3) el tratamiento

psiquiátrico, 4) el entorno físico y 5) los problemas en la atención del sistema. Todos estos elementos afectan el bienestar general de los usuarios, su tratamiento y la capacidad para confiar en los sistemas de salud mental (Chamber, et al., 2014; Hamilton, et al., 2016; Holzinger, et al., 2003; Ronzani, et al., 2009).

### ***Variables que determinan el estigma en salud mental***

El estigma que presenta el personal de salud mental hacia los usuarios que atienden se relaciona con múltiples variables que se pueden dividir en tres grandes categorías: las variables macrosociales, mesosociales y microsociales.

**Variables macrosociales.** Dentro de estas variables se encuentran los modelos de atención en salud, en particular se ha encontrado relación entre el estigma y el modelo biomédico.

El modelo biomédico es propio de la psiquiatría más tradicional, entiende los trastornos mentales como anomalías biológicas ubicadas en el cerebro que se manifiestan mediante síntomas (Phipps y Bartholomew, 1985). Centra la atención en el individuo sin considerar su entorno y la intervención se enfoca en la prescripción de psicofármacos (Carrasco y Yuing, 2014; León-Rubio, 2006).

Como contraparte a este modelo ha surgido el modelo psicosocial, este nace de la visión holística e integral de la relación entre sistemas sociales, como el comportamiento humano, las comunidades y la cultura (Sánchez,

1988). Relaciona las variables psicológicas y sociales. En lo psicológico se encuentran los recursos de las personas (como las emociones, pensamientos, comportamientos y procesos cognitivos) y lo social se centra en los procesos de socialización (Engel, 1977; Medina, et al, 2007). Se ha encargado de observar el contexto social donde se producen los síntomas de la persona, por tanto, dentro de sus características se encuentra considerar el entorno para tener una visión global de la persona y tener un equipo multidisciplinario donde todos los profesionales trabajan en conjunto en pro del usuario (Carrasco y Yuing, 2014; León-Rubio, 2006). Este modelo utiliza la intervención psicosocial, la que se ha centrado en promover el bienestar, centrarse en las fortalezas e involucrar a los usuarios al empoderarlos dándoles un rol más activo, ya que son agentes de cambio (Sánchez Vidal, 2002; Montero, 2004). Ante esto, es considerado, por parte de los profesionales, como una mejoría respecto del primer modelo (Carrasco y Yuing, 2014).

Se ha visto que el modelo biomédico estigmatiza a los usuarios en comparación con el modelo psicosocial, puesto que deshumaniza a las personas al tener la concepción que un trastorno mental es una predisposición genética o anomalía que no tiene mejora, y entrega un mal pronóstico (Demoulin et al., 2009). También, se olvida de las demás áreas en las que está inserta la persona y de las experiencias personales, como las emociones que esta posee (Pavon y Vaes, 2017).

De igual modo, se ha visto que el modelo biomédico genera mayor distanciamiento social hacia las personas con problemas de salud mental (Angermeyer et al., 2011; Kvaale, et al., 2013). Asimismo, cuando a un sujeto se le asigna un diagnóstico psiquiátrico, las explicaciones biogenéticas sobre este causen actitudes negativas, ya que aumenta los prejuicios, como que son personas peligrosas e impredecibles, entre otros (Angermeyer, et al., 2015; Serafini, et al., 2011).

Algunos estudios concluyen que los profesionales del área psicosocial (psicólogos y trabajadores sociales) tienen menos prejuicios y conductas estigmatizadoras que los profesionales del área médica (psiquiatras y enfermeros) (Del Olmo-Romero et al., 2019; Economou, et al. 2020). Los usuarios valoran de manera más positiva la atención brindada por profesionales del área psicosocial, puesto que comentan que los psiquiatras y enfermeras no los escuchan ni consideran en las decisiones sobre su tratamiento, lo que se ha asociado con el modelo de atención en el que son formados (Chambers, et al., 2014; Hanafiah y Van Bortel, 2015).

**Variables mesosociales.** Dentro de estas variables se encuentran los centros de atención cerrados y ambulatorios; y la cultura y efectividad organizacional.

### **Centros de atención**

**Centros de atención cerrada.** Son centros residenciales, es decir donde las personas duermen, que se guían por protocolos estandarizados, están

destinados para personas que necesitan ser internados por estados agudos y/o de crisis (Johnson y Kuhlmann, 2000; Salvador-Carrulla, et al., 2008). Tienen actividades establecidas para los usuarios (como horarios de comidas, de terapia, actividades recreativas, entre otros) y cuidado continuo por parte de los profesionales (Johnson y Kuhlmann, 2000; Salinas-Oñate, et al., 2018; Salvador-Carrulla, et al., 2008).

**Centros de atención ambulatorios.** Son centros donde se brinda atención ambulatoria diurna, es decir las personas asisten a una consulta de salud o pasan un tiempo determinado en él, pero vuelven a su casa cada día. Cuenta con personal experto en salud mental y pueden ser una alternativa para los usuarios que no requieren hospitalización (Johnson y Kuhlmann, 2000; Salinas-Oñate, et al., 2018).

Los profesionales de los centros de atención cerrada presentan más actitudes estigmatizantes (como responsabilizar a los usuarios por su trastorno mental, tenerles lástima y miedo, considerarlos peligrosos, ejercer conductas coercitivas, segregarlos y evitarlos) en comparación con los centros de atención ambulatoria (Del Olmo-Romero et al., 2019; Valverde-Bolivar, et al., 2022). Esto puede explicarse, debido a que en los centros de atención cerrada predomina el modelo biomédico, el cual tiende a estigmatizar más a los usuarios (Pavon y Vaes, 2017).

### **Cultura y efectividad organizacional**

La **cultura organizacional** es definida por Cooke y Rousseau, (1998), como un conjunto de patrones de comportamiento y supuestos compartidos por los integrantes de una organización. Esto a su vez está muy relacionado con la **efectividad organizacional**, entendida como la satisfacción de los usuarios y trabajadores (An, et al., 2011).

En los centros de salud se ha observado que la participación organizacional, la satisfacción y la calidad de vida laboral influyen en la efectividad organizacional (An, et al., 2011; Green, et al., 2014). Cuando los trabajadores no están satisfechos con aspectos de su trabajo, como el clima organizacional, la calidad de vida laboral puede afectar la cultura y la efectividad organizacional (An, et al., 2011).

Los usuarios perciben cuando los funcionarios no están conformes con su ambiente laboral, lo que genera que la calidad de la atención entregada sea vista de forma negativa, lo que lleva a que se sientan rechazados, influyendo así en la estigmatización (Verhaeghe y Bracke, 2012).

**Variable microsociales.** Se encuentran las variables relacionadas con el personal de salud mental (aspectos sociodemográficos y profesionales) y los usuarios (aspectos sociodemográficos y clínicos). Estos se describirán a continuación:

### **Personal de salud mental**

Dentro de los **aspectos sociodemográficos** los más estudiados son:

**Edad.** Las investigaciones sobre este factor no son concluyentes (Dabby, et al., 2015; Linden y Kavanagh, 2012), puesto que algunos estudios muestran que en profesionales de la salud mental jóvenes predominan actitudes positivas hacia los usuarios de salud mental (Grausgruber, et al., 2007; Stuber, et al., 2014). Mientras que otros estudios muestran que los profesionales con mayor edad tienden a tener menos prejuicios (Hsiao, et al., 2015; Loch, et al., 2013; Reavley, et al., 2013).

**Género.** Las investigaciones sobre esta variable convergen en que el género femenino tiene menos actitudes negativas (Dabby, et al., 2015; Linden y Kavanagh, 2011), la divergencia ocurre con la población masculina (Grausgruber, et al., 2007; Stuber, et al., 2014), encontrando que presenten más actitudes negativas que la población femenina, hacia ciertos trastornos como la esquizofrenia, la depresión y el trastorno límite de la personalidad (Kaitz, et al., 2021; Reavley, et al., 2013). De manera opuesta, algunos estudios indican que el género masculino tiende a tener menos prejuicios (Loch, et al., 2013).

**Nivel educativo.** Se ha evidenciado que un mayor nivel educativo, como tener una licenciatura, diplomado, magíster o mínimo cuatro años más de estudios luego de egresar de sus respectivas carreras universitarias (Stuber et al., 2014; Tay, et al., 2004), se relaciona con menos estereotipos y estigma (Grausgruber, et al., 2007; Kato, et al. 2021; Valery y Prouteau, 2020; Valverde-Bolivar, et al., 2022).

Dentro de los aspectos profesionales se encuentran:

**Familiaridad con personas con trastornos mentales.** Se ha encontrado que mientras más horas a la semana estén los profesionales de salud mental con los usuarios, tendrán actitudes más positivas (Bizumic, et al., 2022; Dabby, et al., 2015). Por otra parte, se ha visto que tener experiencia personal con problemas de salud mental o alguien de su círculo cercano tiene o ha tenido un trastorno mental el profesional tenderá a tener actitudes positivas (Stuber, et al., 2014; Waugh, et al., 2017).

**Tiempo de trabajo.** Las investigaciones indican que el personal de salud mental que cuenta con mayor experiencia laboral tiene menos creencias estigmatizantes y deseo de distanciamiento social, así como más actitudes positivas y empatía hacia ciertos trastornos como la depresión, esquizofrenia y el abuso de sustancias (Björkman, et al., 2008; Hsiao, et al., 2015; Linden y Kavanagh, 2011; Stuber, et al., 2014).

**Tipo de profesión.** Existen distintos resultados sobre los niveles de estigma en distintas profesiones (Valery y Prouteau, 2020). A continuación, se mencionan los principales profesionales que trabajan en la atención de salud mental:

1. **Trabajadores sociales.** Los estudios reportan que estos tienen deseo de ayudar a los usuarios y tienen actitudes positivas hacia ellos (Araten-Bergman y Werner, 2016; Del Olmo-Romero, et al., 2018). Sin embargo, en una investigación se mostró que, en comparación con los

psiquiatras y psicólogos, tienen más actitudes estigmatizantes (Lanfredi, et al., 2019).

2. **Psicólogos.** Los estudios señalan que estos tienen menos creencias estereotipadas, bajos deseos de distanciamiento social, actitudes de cuidado y en general presentan actitudes positivas hacia los usuarios (Del Olmo-Romero, et al., 2018; Lanfredi, et al., 2019; Smith, et al., 2017).
3. **Psiquiatras.** Las investigaciones muestran que estos profesionales, por un lado, presentan menos estereotipos sobre los trastornos mentales; en comparación con los trabajadores sociales, tienen actitudes de cuidado, ayudan a la integración familiar y comunitaria (Lanfredi, et al., 2019; Loch, et al., 2013; Sun et al., 2014). Por otro lado, estudios dejan en evidencia que los psiquiatras son los profesionales que presentan mayor estigma, por ejemplo, en trastornos como la esquizofrenia y el abuso de sustancias (Avery, et al., 2014; Dabby, et al., 2015).
4. **Enfermeros.** Investigaciones señalan que los enfermeros que tienen altos cargos como supervisores o jefes de enfermería tienen más actitudes positivas hacia ciertos trastornos como el abuso de sustancia, depresión y esquizofrenia, que los enfermeros de atención directa (Hsiao, et al., 2015). Una investigación cualitativa muestra que los usuarios ven de forma positiva el trato de los enfermeros comentando que son amables y atentos con ellos (O'Regan y Ryan, 2009). También,

se ha visto que ayudan a la integración familiar y comunitaria (Sun, et al., 2014). Sin embargo, otro estudio señaló que los enfermeros tienden a etiquetar a los usuarios como “locos” (Hanafiah y Van Bortel, 2015).

## **Usuarios**

Dentro de los aspectos sociodemográficos de los usuarios los más estudiados son:

**Edad.** Estudios muestran que las personas mayores son más estigmatizadas en relación con otros rangos etarios, por parte del personal de salud mental (De Mendonca, 2004; Lo, et al., 2021 Mascayano, et al., 2015a). Esto puede ser debido a que a medida que las personas envejecen aparecen más enfermedades como el Alzheimer y pérdidas cognitivas y sensoriales propias de la edad (De Mendonca, et al., 2003; Smyth, et al., 2013; Werner y Givon, 2008) En contraparte, se ha encontrado que las personas en el rango etario de los 25 a 34 años experimentan altos índices de estigma percibido por los funcionarios (Getnet, et al., 2022). Por lo tanto, las investigaciones sobre este factor son inconsistentes.

**Género.** Las mujeres sufren más estigma que los hombres en ciertos trastornos como depresión y ansiedad (Arntz, et al., 2022; Bacigalupe, et al., 2020). Mientras que los hombres son menos propensos a buscar ayuda psiquiátrica y son más estigmatizados que las mujeres en trastornos como esquizofrenia y abuso de sustancias (Abel, et al., 2010; Clement, et al., 2015; Delker, et al., 2016). Asimismo, en el caso de las disidencias sexuales, se ha

visto que las minorías sexuales son más estigmatizadas que la población general (Nakkeeran y Nakkeeran, 2018).

**Etnia.** Las personas que pertenecen a grupos minoritarios sufren “estigma interseccional”. Este es el estigma por presentar dos o más atributos desacreditadores, en este caso por tener un trastorno mental y por ser parte de una etnia minoritaria (Gary, 2005). Por consiguiente, las personas de pueblos originarios y personas de color presentan mayores dificultades para acceder a la salud en comparación de las personas caucásicas (Caqueo-Urizar, et al., 2022; Smith, et al., 2007).

**Nivel educativo.** Las personas con menor nivel educativo son más estigmatizadas respecto a quienes tienen una carrera técnica, universitaria o postgrado (Dorner y Mittendorfer-Rutz, 2017; Lo, et al., 2021)

Dentro de los **aspectos clínicos**, se encuentran:

**Tipo de trastorno.** Varios estudios concluyen que la esquizofrenia es el trastorno mental más estigmatizado, seguido del trastorno límite de la personalidad y el abuso de sustancias (Avery et al., 2013; Dabby et al., 2015; Hsiao et al., 2015; Servais y Saunders, 2007; Valery y Prouteau, 2020). También se señala que los funcionarios tienen actitudes negativas hacia los usuarios con psicosis y depresión mayor (Hsiao, et al., 2015; Navarro y Trigueros, 2019). Esto podría ser debido a que los funcionarios han interiorizado estereotipos sobre algunos trastornos mentales (como la psicosis) que están presentes en la sociedad y creen que son personas

peligrosas, locas y es difícil comunicarse con ellas (Arvaniti et al., 2009; Flanagan, et al., 2009; Valverde-Bolivar, et al., 2022).

**Tiempo de tratamiento.** Se ha visto que las personas que son diagnosticadas tempranamente presentan altos índices de discriminación percibida (Boyd, et al., 2014). Aunado a esto, el tiempo de hospitalización influye de manera negativa, pues mientras más tiempo esté hospitalizada la persona sentirá mayor estigma respecto a quienes llevan menos tiempo. Asimismo, la cantidad de veces que es hospitalizado también genera en el usuario mayor estigma percibido (Fresán, et al., 2018).

**Sintomatología.** Las personas que presentan síntomas más graves relacionados al comportamiento y al cambio de humor son más estigmatizadas en comparación con quienes poseen síntomas más leves (Boyd, et al., 2014; Hanafiah y Van Bortel, 2015). Esto podría deberse a que son considerados con mayor potencial de peligro, locura y retraso mental (Arvaniti et al., 2009; Flanagan, et al., 2009; Hana, et al., 2022).

A modo de conclusión, las variables que determinan el estigma en salud mental son: 1) las variables macrosociales, aquí está la relación entre estigma y el modelo biomédico (Angermeyer et al., 2011; Carrasco y Yuing, 2014; Demoulin et al., 2009; Kvaale, et al., 2013; León-Rubio, 2006; Pavon y Vaes, 2017; Phipps y Bartholomew, 1985; Serafini, et al., 2011), 2) las variables mesosociales, donde están las diferencias entre los centros de atención ambulatoria y cerrada; y la cultura y efectividad organizacional (An, et al., 2011; Green, et al., 2014; Johnson y Kuhlmann, 2000; Salinas-Oñate, et al.,

2018; Salvador-Carrulla, et al., 2008; Verhaeghe y Bracke, 2012) y 3) las variables microsociales, aquí se encuentran los aspectos de los profesionales, como características sociodemográficas (edad, género y nivel educativo) (Dabby, et al., 2015; Grausgruber, et al., 2007; Linden y Kavanagh, 2012; Loch, et al., 2013b; Stuber, et al., 2014; Valery y Prouteau, 2020; Valverde-Bolivar, et al., 2022) y profesionales (familiaridad con personas con trastornos mentales, tiempo de trabajo y tipo de profesión) (Del Olmo-Romero et al., 2019; Economou, et al. 2020; Stuber, et al., 2014; Valery y Prouteau, 2020); y los aspectos de los usuarios, como las características sociodemográficos (edad, género, etnia y nivel educativo) y clínicas (tipo de trastorno, tiempo de tratamiento y sintomatología) (Bacigalupe, et al., 2020; Boyd, et al., 2014; Caqueo-Úrizar, et al., 2022; De Mendonca, 2004; De Mendonca, et al., 2003; Fresán, et al., 2018; Getnet, et al., 2022; Hanafiah y Van Bortel, 2015; Lo, et al., 2021 Mascayano, et al., 2015a; Smyth, et al., 2013; Werner y Giveon, 2008).

### ***Consecuencias del estigma***

El estigma genera repercusiones negativas en distintas esferas de la vida de las personas. Estas se agrupan en distintos niveles: individual, interpersonal y macrosocial. A continuación, se presentan estas consecuencias por nivel, y por la importancia que tiene para la presente investigación, se abordan aparte los efectos que tiene el estigma en salud.

### **A nivel individual.**

En este nivel está el **autoestigma**, este se refiere a que las personas internalizan los prejuicios de la sociedad y se estigmatizan así mismas (Hinshaw y Stier, 2008). Los individuos comentan sentirse “extraños” y evitan el contacto con los otros, se les dificulta mantener relaciones interpersonales, encontrar trabajo y acceder a una vivienda (Baumann, 2007; Junna, et al., 2022; Mejía-Lancheros, et al., 2021). Esto genera repercusiones negativas, tales como: disminución del bienestar psicológico, baja autoestima y sentido de autoeficacia, y sintomatología ansiosa y depresiva (Camp, et al., 2002; Fung, et al., 2007; Link, et al., 2001; Magallares, 2011).

### **A nivel interpersonal.**

Los usuarios de salud mental tienen dificultades para mantener relaciones interpersonales (Subu, et al., 2021). Se ha visto que presentan escasas redes de apoyo social, puesto que les cuesta hacer y/o mantener amistades. También a esto contribuye que las otras personas tienden a mantener distanciamiento social por temor al estigma por asociación (Hanafiah y Van Borte, 2015).

Además, a los usuarios se les dificulta encontrar o mantener una relación amorosa, debido a los prejuicios en torno a los problemas de salud mental (De Jager et al., 2017; Redmond et al., 2010). También, se ha visto que los medicamentos pueden provocar baja libido generando conflictos en la relación

de pareja, cuando la hay, disminuyendo la calidad de vida y la satisfacción sexual (De Jager et al., 2017; McCann, 2010; Ostman, 2014).

Al centrarse en el ámbito laboral, se ha evidenciado que los trabajadores con trastornos mentales tienen altas tasas de desempleo, donde la cesantía es 6 a 7 veces mayor que las personas sin problemas de salud mental (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). Se les dificulta obtener o mantener su empleo, puesto que son vistas de manera negativa (Junna, et al., 2022; Magallares, 2011). Los empleadores mencionan que los ven como personas incompetentes, peligrosas y poco eficientes al realizar sus labores (Hanafiah y Van Borte, 2015). Por lo tanto, tienen menos probabilidad de ser contratados o tienen una posición inferior, respecto a las personas sin trastornos mentales (Corrigan, 2005). Alrededor de un 75% de los empleadores comenta tener dificultades para contratar a personas con problemas de salud mental (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). También, se ha visto que en cargos administrativos de gobierno o en empresas al saber sobre el problema de salud mental los despiden (Subu, et al., 2021). Al centrarse en la relación con sus colegas de trabajo, estos tienen actitudes condescendientes hacia ellos y realizan comentarios sarcásticos sobre su trastorno mental (Putman, 2008).

En cuanto al acceso a vivienda, las personas con trastorno mental presentan mayor dificultad para acceder o mantener una vivienda, debido a los prejuicios existentes en torno a la peligrosidad y poca autonomía (Mejía-Lancheros, et al., 2021). Ante esto, los vecinos y la comunidad en general

prefieren mantener distanciamiento social hacia ellos (Mejía-Lancheros, et al., 2021).

### **A nivel macrosocial.**

Las ideologías sociales e instituciones estigmatizan mediante las leyes (Corrigan, et al., 2005). El estigma genera desigualdades sociales y brechas de poder en el ámbito social, económico y político (Campbell y Deacon, 2006; Link y Phelan, 2001).

El estigma en este nivel se presenta en diversos aspectos, como en la restricción de derechos y libertades de las personas con problemas de salud mental, como el derecho a voto, a contraer matrimonio, ser miembro del jurado y tener la custodia de sus hijos tras un divorcio (Burton, 1990; Hemmens, et al., 2002).

Otra dimensión que se ve afectada es la distribución de los recursos, se asigna menos recursos a la investigación sobre trastornos mentales en contraste con enfermedades físicas. También destinan bajos recursos al área de la salud mental, esto se evidencia en el escaso recurso humano y las estructuras deficientes que presentan los centros de atención. Ante esto existen problemas en torno a la periodicidad y calidad de la atención (Corrigan, et al., 2005; Link y Phelan, 2001). Todo esto genera consecuencias negativas para los usuarios y sus familias (Bos, et al., 2013).

## **En salud.**

Las consecuencias del estigma en salud son diversas, entre las que destacan: las barreras para acceder a los servicios de salud, dificultades en la adherencia al tratamiento y aumento de indicadores de morbi mortalidad.

Alrededor del 45% de las personas que tienen trastornos mentales no desea recibir tratamiento ni asistir a los centros de salud mental (Mojtabai et al., 2010). Esto podría deberse a que creen que pueden resolver el problema por sí mismos, al pensamiento “para qué intentarlo” y que a los usuarios les avergüenzan asistir a los centros de salud mental, pues no quieren ser estigmatizados (Chambers, et al., 2014; Corrigan, et al., 2005; Hamilton, et al., 2016; Shahveyis et al. 2007; Mojtabai et al., 2010).

También se ha visto baja adherencia al tratamiento, alrededor de una quinta parte de la población que presenta problemas de salud mental abandona prematuramente el tratamiento y aproximadamente el 70% lo hace tras una o dos sesiones (SAMHSA 2012). Esto podría tener su origen en el mal trato recibido por parte del personal de salud mental, puesto que en algunas ocasiones el trato en salud mental es deshumanizado y los profesionales de salud mental muestran actitudes de coerción, distanciamiento social, tienden a avergonzar a los usuarios y dar diagnósticos errados (Charles, 2013)

En cuanto a los indicadores de morbi mortalidad, a las personas con trastornos mentales cuando consultan por una enfermedad física, se les da atención de salud deficiente, demorando en darles hora para atención médica.

Además, cuando van a la consulta, la atención es corta y no les realizan exámenes preventivos para detectar enfermedades a tiempo (Kisely, et al., 2009; Nasrallah, et al., 2006).

Lo anterior se evidencia cuando a las personas con psicosis tras padecer accidentes vasculares, se les aplica una menor cantidad de medicamentos y exámenes específicos para ver su estado de salud, como anticoagulantes y arteriografía (pesquisa el estado de las arterias) (Kisely et al., 2009). También personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico y diabetes, se les da tratamiento de menor calidad para esta última en comparación a quienes no tienen un diagnóstico psiquiátrico (Nasrallah et al., 2006).

En un metaanálisis se evidenció que la mayoría de los estudios mostraba desigualdad en la atención que reciben las personas con trastornos mentales en relación con quienes no tienen estas dificultades (Mitchell et al., 2009). La calidad de la atención médica contribuye al exceso de morbi-mortalidad en esta población (Rathore y Rajan, 2008).

A modo de conclusión, las consecuencias del estigma hacia los trastornos mentales se agrupan en el nivel individual (autoestigma) (Baumann, 2007; Camp, et al., 2002; Fung, et al., 2007; Hinshaw y Stier, 2008; Junna, et al., 2022; Link, et al., 2001; Magallares, 2011; Mejía-Lancheros, et al., 2021), interpersonal (escasas redes sociales, dificultad para tener pareja, encontrar trabajo y tener una vivienda) (Corrigan, 2005; De Jager et al., 2017; De Ponte, et al., 2000; Hanafiah y Van Borte, 2015; Junna, et al., 2022; Magallares, 2011; McCann, 2010; Mejía-Lancheros, et al., 2021; Ministerio de Desarrollo Social,

2015; Ostman, 2014; Putman, 2008; Redmond et al., 2010; Subu, et al., 2021)., macrosocial (restricción de derechos y distribución desigual de recursos) (Bos, et al., 2013; Burton, 1990; Corrigan, et al., 2005; Campbell y Deacon, 2006; Hemmens, et al., 2002; Link y Phelan, 2001) y en salud (se centra en las barreras para acceder a los servicios de salud mental y en los indicadores de morbi mortalidad) (Chambers, et al., 2014; Charles, 2013; Corrigan, et al., 2005; Hamilton, et al., 2016; Kisely, et al., 2009; SAMHSA 2012; Shahveyis et al. 2007; Mitchell et al., 2009; Mojtabai et al., 2010; Nasrallah, et al., 2006; Rathore y Rajan, 2008).

### **Sistema público de salud en Chile**

El sistema de salud público chileno se divide en 3 niveles de atención: primario, secundario y terciario. Los cuáles serán explicados brevemente a continuación.

**El nivel de atención primaria** es el que presenta menor complejidad, atiende a una gran cantidad de personas, se espera que tenga una gran capacidad resolutive y tiene mayor cobertura a nivel nacional. Está compuesto por CESFAM (Centro de Salud Familiar), CECOSF (Centros Comunitarios de Salud Familiar), Postas de Salud Rural (PSR) y Hospitales Comunitarios.

**El nivel de atención secundaria** tiene especialidades básicas, con un nivel de complejidad mayor que el nivel anterior. En salud mental lo componen Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) y los Centros Adosados de Especialidades (CAE), Centros de Diagnóstico y Tratamiento

(CDT) y Centros de Referencia de Salud (CRS) o Servicios de Psiquiatría. En salud mental se incluyen la atención de trastornos mentales de mayor complejidad que en el nivel anterior.

**El nivel de atención terciaria** presenta mayor tecnología y atención de mayor complejidad, está compuesto por Hospitales psiquiátricos con atención de larga estadía, Hospitales de Día Adulto e Infanto Adolescente (MINSAL, 2018).

El sistema de salud público en Chile sigue los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), proponiendo un enfoque de salud y derechos humanos, es decir, reconoce la salud como un derecho humano y enfatiza la relevancia de abordar los determinantes sociales y políticos de esta. También sugiere que el abordaje de la salud sea integral, participativo, al alcance de todas las personas y familias, y que el costo por el servicio sea accesible (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2007).

Dentro de sus principios destaca: a) dar respuestas a las necesidades de salud de la población, b) brindar servicios de calidad, c) rendir cuentas de los gastos a los gobiernos, d) la sostenibilidad de los servicios de salud, y e) la intersectorialidad de los servicios de salud (OPS, 2007).

La OMS y la OPS proponen cuatro estrategias para que exista acceso, cobertura y calidad en la atención de salud: a) incrementar el acceso equitativo a servicios de salud integrales de calidad, centrados en las personas y las

comunidades, b) fortalecer la gestión y la gobernanza, c) aumentar y mejorar el financiamiento con equidad y avanzar hacia la eliminación de barreras para el acceso a las prestación de servicios, y d) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal (OPS, 2014).

### ***Modelo de atención en salud mental***

El modelo de atención de salud mental en Chile se guía por el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner y el Modelo Comunitario de Salud Mental (MINSAL, 2017). El primer modelo, sitúa al individuo dentro de un ambiente. Este entorno está en constante cambio e interacción y se organiza en sistemas que van desde lo más próximo al individuo, hasta lo más lejano, siendo estos, el microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (Bronfenbrenner, 1979). El segundo modelo, es definido por Thornicroft, et al. (2011) como prácticas y principios necesarios para promover la salud mental dentro de una comunidad.

El modelo de atención en salud mental chileno se rige por el modelo de salud mental comunitario impulsado mediante el Plan Nacional de Salud Mental del año 2000. Este tiene como objetivo central que la atención esté inserta en la comunidad, permitiendo la inclusión social de los usuarios, respetando sus derechos humanos, junto con el de sus familias y garantizando atención de calidad a todas las personas con trastornos mentales (MINSAL, 2017).

El nivel de atención secundario en salud mental se oferta fundamentalmente en los COSAM, CAE, CDT, CRS o Servicios de Psiquiatría. En el año 2016, existían 146 equipos de especialidad ambulatoria de Salud Mental. Estos estaban distribuidos en 91 COSAM y 55 CAE, CDT y CRS. Sin embargo, estos no están distribuidos de manera uniforme a lo largo del país, pues su mayoría está ubicada en la región metropolitana (se concentran 60 equipos), luego se presentan las regiones que tienen menos centros como la región de la Araucanía (9 equipos) y, por último, las regiones de Coquimbo y el Libertador General Bernardo O'Higgins (8 equipos) (MINSAL, 2017; 2018).

Los centros de salud mental secundarios, como ya se ha dicho, se centran en los individuos que tienen trastornos mentales de mayor complejidad que la atención primaria, como personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, consumo de sustancias, entre otros. Se contempla la inserción en la comunidad, el trabajo intersectorial y multidisciplinario (MINSAL, 2018).

El equipo de trabajo en salud mental cuenta con psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros, técnico en enfermería y técnicos en drogas. Quienes trabajan, para contribuir a la recuperación de los usuarios, con distintas redes, como la familia, otros servicios de salud, educación y el sistema judicial, entre otros, (MINSAL, 2018).

Si bien, el país ha logrado importantes avances en la incorporación de políticas de salud mental, aún existen brechas e inconsistencia en la aplicación del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, como la inequidad

en cuanto a la distribución de los centros médicos, el difícil acceso territorial que presentan algunas personas para tener atención de salud mental y la saturación del sistema de salud mental, entre otros. Cabe destacar que dentro de este Plan hay una línea de reducción de estigma en personal de salud mental (MINSAL, 2017), no obstante, no se ha podido materializar por la escasez de estudios a nivel país en el tema.

### ***Características del modelo***

El modelo de salud mental comunitario aparece como una alternativa ante el modelo psiquiátrico tradicional, donde se favorecía la institucionalización (Johnson, et al., 2008). Este modelo busca tener una visión integral del sujeto considerando la comunidad donde está inserto (Desviat, 2008). Este entiende que en la salud mental no solo participan los usuarios y profesionales, sino también otros servicios de salud; e incluye el área familiar, laboral, educacional y judicial, entre otros (Desviat, 2008). Supone nuevas herramientas de promoción, prevención y rehabilitación (Desviat, 2007).

Desviat (2007) propone que este modelo se rige por ciertos postulados, como:

**Cambiar la estrategia de intervención.** Pasa de centrarse solo en la persona enferma a toda la comunidad. Incorpora nuevas estrategias como el diagnóstico comunitario, intervención en crisis, abarca los grupos vulnerables y hay un proceso terapéutico bien definido.

**Transición a servicios de salud mental.** Se traslada la atención desde los servicios de psiquiatría a servicios de salud mental comunitarios, donde se pasa de un modelo biomédico a uno psicosocial. En este último hay mayor horizontalidad en el trato hacia los usuarios respecto del modelo anterior.

**Centrado en el usuario.** Se consideran los derechos de los usuarios, se favorece su autonomía, empoderamiento, resiliencia y recuperación. Asimismo, se promueve que la persona participe de la planificación de su tratamiento.

Thornicroft, et al., (2016), postula que el modelo comunitario de salud mental se caracteriza por: a) estar en constante contacto con la comunidad, b) reconocer que los usuarios están insertos en un contexto socioeconómico, c) trabajar en la prevención individual y colectiva de enfermedades, d) poseer una visión sistemática y holística de los servicios que se entrega a la comunidad, e) entregar libre acceso a los servicios, f) tener un equipo multidisciplinario, g) contar con una perspectiva longitudinal de los usuarios, y h) considerar la relación costo y beneficios teniendo como referencia la cantidad de personas que utilizan el servicio (Thornicroft, et al., 2009).

Cabe destacar, que este modelo cumple un rol social y de justicia, puesto que considera las necesidades de poblaciones tradicionalmente menoscabadas, como las personas con trastornos mentales. También enfatiza las fortalezas y capacidad de recuperación de los individuos e incluye a sus redes sociales de apoyo y a la comunidad cercana. Por último, algunos autores señalan como característica que implementa intervenciones

respaldadas científicamente (Thornicroft, et al., 2010; Slade, 2009; Warner, 2004).

El modelo comunitario de salud mental al incorporarse al sistema público de salud chileno se ha enfocado en promover y facilitar una atención de calidad, eficiente y eficaz, centrándose en el usuario de manera integral y holística, considerando tanto su salud física como mental; a la familia y comunidad (MINSAL, 2005).

Las características principales de este modelo en Chile son las siguientes (MINSAL, 2015; 2018):

1. Se centra en el usuario, considerando las distintas esferas de su vida, como el ámbito psicológico, biológico, social y la cultura en la cual está inserto.
2. Cuenta con un enfoque de salud familiar integral, con el objetivo de conocer las patologías y trastornos de los miembros de la familia para trabajar en estrategias de prevención y promoción.
3. Trabajo en red, donde se coordina con distintos sectores de manera horizontal.
4. Trabaja en la prevención y promoción de enfermedades, articulando la atención con los distintos niveles de atención.
5. Es intersectorial, es decir, trabajar con distintas organizaciones de la comunidad para trabajar en estrategias de prevención y promoción.

Al contrastar lo propuesto por los diversos autores mencionados y la implementación en Chile, se evidencia que el sistema de salud público chileno se ha adscrito a varios principios del modelo de salud mental comunitario. Sin embargo, según lo mencionado por el MINSAL (2017) al país aún le falta mejorar en el ámbito práctico.

## **Método**

### **Diseño**

Esta investigación es parte del proyecto Fondecyt N° 1221531, que tiene como objetivo elaborar un modelo teórico comprensivo sobre la estigmatización hacia personas adultas con diagnóstico de trastorno mental en centros de salud mental del nivel secundario de atención. Por lo que corresponde a una de las etapas cualitativas del proyecto.

Es un estudio descriptivo, este tiene como finalidad especificar características relevantes de un fenómeno en un grupo o población en un tiempo determinado (Veiga de Cabo, et al., 2018). También, es transversal, puesto que el fenómeno a estudiar se mide solo una vez (Veiga de Cabo, et al., 2018).

El estudio se realizó bajo el paradigma cualitativo, que según Strauss y Corbin (2002), es aquel que produce conocimiento sin utilizar procedimientos estadísticos. Se elige este debido a que se orienta a profundizar en casos específicos y no a generalizar la información. Asimismo, permite comprender

fenómenos sociales desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en relación con su contexto (Creswell, 2013).

Se realizó un estudio fenomenológico, este se caracteriza por explorar, describir y comprender fenómenos (Creswell, 2013). En este estudio se desea conocer la experiencia de los usuarios de salud mental de centros de salud mental del Servicio de Salud Concepción, en torno al estigma.

### **Participantes**

El proyecto Fondecyt contempla a participantes del Servicio de Salud Concepción, Talcahuano y Arauco. Para efectos de este estudio solo se contempló el Servicio de Salud Concepción. Este es uno de los 29 Servicios de Salud que existen a nivel nacional y uno de los cuatro que existen en la región del Biobío, teniendo cobertura en la provincia de Concepción (MINSAL, 2018).

En el ámbito de salud mental, este Servicio de Salud entrega atención ambulatoria mediante los COSAM (COSAM Concepción, COSAM San Pedro, COSAM Coronel, COSAM Leonor Mascayano y COSAM Lota), atención cerrada adulta, infantil y forense a través del Servicio de Psiquiatría del Hospital Guillermo Grant Benavente (MINSAL, 2018). Además, cuenta con un Hospital de día y recientemente se ha conformado otro COSAM (COSAM Norte) que atiende fundamentalmente población infanto-juvenil.

Se invitó a participar a todos los centros ambulatorios del Servicio de Salud de Concepción, no obstante, cuatro dispositivos aceptaron participar. Los

participantes fueron usuarios de salud mental del COSAM Concepción, COSAM Leonor Mascayano, COSAM Lota y COSAM San Pedro.

Se contemplaron los siguientes criterios de inclusión: a) personas mayores de 18 años, b) contar con mínimo seis meses de atención en el centro y c) poseer capacidad de consentir participar en la investigación. Por último, la selección de los participantes fue intencionada y de variación máxima, considerando como dimensión de heterogeneidad el tipo de diagnóstico del usuario.

Se esperaba realizar un mínimo de 12 entrevistas para seguir las recomendaciones de Guest, et al. (2006), debido a que a partir de este número se obtiene el grado de saturación y variabilidad de los datos.

Se logró entrevistar a 19 usuarios, realizando cinco entrevistas en el COSAM Concepción, cinco en el COSAM Leonor Mascayano, cinco en el COSAM San Pedro y cuatro en el COSAM Lota. La mayoría de los participantes son del sexo femenino (63%), con un promedio de edad de 44 años y predominan los diagnósticos de dependencia de alcohol y/o drogas (26%) y trastorno bipolar (26%).

**Tabla 1***Participantes del estudio*

Número de Entrevista	Sexo	Edad	Diagnóstico principal	Centro donde se atiende
Entrevista N° 1	Femenino	43 años	Dependencia de alcohol y/o drogas (ADICC)	COSAM 1
Entrevista N° 2	Masculino	29 años	Trastorno límite de la personalidad (TLP)	COSAM 1
Entrevista N° 3	Masculino	49 años	Dependencia de alcohol y/o drogas (ADICC)	COSAM 1
Entrevista N° 4	Femenino	31 años	Dependencia de alcohol y/o drogas (ADICC)	COSAM 1
Entrevista N° 5	Masculino	25 años	Dependencia de alcohol y/o drogas (ADICC)	COSAM 1
Entrevista N° 6	Femenino	61 años	Trastorno bipolar (TB)	COSAM 2

Entrevista N° 7	Femenino	58 años	Trastorno bipolar (TB)	COSAM 2
Entrevista N° 8	Femenino	50 años	Depresión severa (DEPR)	COSAM 2
Entrevista N° 9	Femenino	32 años	Trastorno límite de la personalidad (TLP)	COSAM 2
Entrevista N° 10	Femenino	53 años	Trastorno límite de la personalidad (TLP)	COSAM 2
Entrevista N° 11	Masculino	33 años	Trastorno bipolar (TB)	COSAM 3
Entrevista N° 12	Femenino	59 años	Trastorno bipolar (TB)	COSAM 3
Entrevista N° 13	Femenino	31 años	Trastorno bipolar (TB)	COSAM 3
Entrevista N° 14	Femenino	47 años	Esquizofrenia (ESQ)	COSAM 3

Entrevista 15	N°	Masculin o	57 años	Dependencia de alcohol y/o drogas (ADICC)	COSAM 4
Entrevista 16	N°	Femenin o	39 años	Trastorno límite de la personalidad (TLP)	COSAM 4
Entrevista 17	N°	Femenin o	20 años	Trastorno del espectro autista (TEA)	COSAM 4
Entrevista 18	N°	Masculin o	56 años	Depresión (DEPR)	COSAM 4
Entrevista 19	N°	Femenin o	68 años	Depresión (DEPR)	COSAM 4

---

### **Instrumento de recolección de información**

Se realizó una entrevista semi-estructurada individual a los usuarios participantes. Esta contó con 4 ejes temáticos: a) antecedentes del entrevistado y su vinculación con el centro de salud mental en el que se atiende, b) proceso de atención y relación con el personal de salud mental, c) conceptualización del estigma y las formas en que lo experimentado en el centro de salud y d) factores que podrían estar influyendo en la presencia de

estigmatización (ver anexo 1). Estos ejes responden a los objetivos de la investigación.

## **Procedimiento**

Se presentó el proyecto al comité de ética de los Servicios de Salud de Concepción, Talcahuano y Arauco y a la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud. Una vez aprobado se iniciaron los contactos con los usuarios. Estos se realizaron mediante dos formas, de acuerdo con la disponibilidad de los centros: a) se pidió la nómina de usuarios que cumplieran criterios de inclusión a los centros de salud. Se invitó a participar a los usuarios mediante llamada telefónica y se acordó fecha y hora de entrevista en centro de salud; b) en aquellos centros que no se pudo hacer de esa primera forma se acudió a la sala de espera (previa coordinación con el centro para tener un espacio adecuado para hacer las entrevistas, cuando no se tuvo acceso a este se realizaron directamente en la sala de espera) y aquí se consultó por personas que, cumpliendo los criterios de inclusión, quisieran participar. A todos los usuarios, se les entregó el consentimiento informado (ver anexo 2) y se les explicó en qué consistía el estudio. La entrevista duró aproximadamente entre 30 a 45 minutos. Estas fueron grabadas y transcritas en su totalidad.

Las entrevistas se efectuaron entre los meses de marzo y julio del 2023. Estas se ejecutaron por seis psicólogos del equipo Fondecyt, entre las cuales está la investigadora de este estudio.

## **Análisis de información**

Para analizar la información de las entrevistas se utilizó el análisis temático. Este es un método que se utiliza para identificar, analizar y reportar temas dentro de los datos (Boyatzis, 1998). Asimismo, este método organiza y describe los temas con un máximo de detalle (Braun y Clarke, 2006).

El análisis temático (Braun y Clarke, 2006) contempla algunas etapas. En primer lugar, se deben crear códigos, estos son codificaciones iniciales que al agruparse crean categorías. Luego estas categorías se vuelven a revisar y se forman categorías más inclusivas. Posteriormente, estas últimas se agrupan y crean temas, los que son un conjunto de datos relevantes o patrones que surgen para dar respuesta a los objetivos de la investigación.

Para producir las categorías de análisis, se usó la estrategia de triangulación de la información. Esta se logró a través de reuniones con el equipo Fondecyt. En primer lugar, se pidió a cada miembro del subequipo de análisis de entrevistas a usuarios (cuatro personas), que de manera individual analice tres entrevistas distintas y cree los códigos preliminares. Posteriormente este subequipo se reunió y consensuó un primer esquema de codificación. En segundo lugar, se solicitó a cada miembro del equipo Fondecyt (11 personas) que, usando este esquema consensuado, analizaran tres entrevistas. Luego se realizó una reunión ampliada y se consensuó un

esquema de codificación definitivo, el que se aplicó a las entrevistas por al menos dos personas.

Para realizar el análisis de la información, se utilizó el software NVIVO versión 14.

### **Criterios de rigor**

La investigación sigue los criterios de rigor para evaluar la calidad científica en investigación cualitativa propuestos por Guba y Lincoln (1981):

**Credibilidad.** Se refiere a que los hallazgos del estudio deben estar relacionados al fenómeno observado. De este modo, los investigadores evitan hacer conjeturas a priori sobre lo observado. Para esto, se recurrió constantemente a las transcripciones de las entrevistas y a las grabaciones de considerarse necesario.

**Auditabilidad o Confirmabilidad.** Alude a la posibilidad de que otro investigador pueda seguir los pasos de lo que se realiza en la investigación. Para cumplir con este criterio, se llevó un registro de todas las estrategias y los procedimientos metodológicos utilizados. Se contempló la ejecución de las entrevistas, las transcripciones de estas, los consentimientos informados de los usuarios, el esquema de codificación y los pasos que se siguieron para llevarlo a cabo.

**Transferibilidad o Aplicabilidad.** Consistió en transferir los hallazgos del estudio a otros contextos. Los resultados de este estudio permitieron

comprender cómo los usuarios que se atienden en el sistema de salud chileno conceptualizan el estigma, cómo es su experiencia, las formas en que se presenta y las dimensiones que pueden contribuir a la estigmatización

### **Consideraciones éticas**

Este estudio, es parte del proyecto Fondecyt N° 1221531, por lo que fue aprobado por la SEREMI de Salud, resolución N° 2444. Igualmente, cuenta con los lineamientos éticos del Servicios de Salud de Concepción, resolución N° 2444, estos indican que: a) se debe entregar un consentimiento informado a los participantes, b) hacer uso adecuado de la información, es decir, resguardar la identidad de los participantes, c) informar al servicio de salud los avances de la investigación, así como información que se utilice en publicaciones y/o congresos, d) cuando se finalice el proyecto, se deben socializar los resultados y e) cumplir la normativa y protocolos del establecimiento (ver anexo 3).

Asimismo, se guía por la declaración la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013), ya que se incluyeron personas en la presente investigación; además del Código de Ética Profesional (Colegio de Psicólogos de Chile, 2012) y los Principios Éticos de los Psicólogos y el Código de Conducta (Asociación Americana de Psicología, 2010).

## Resultados

Tabla 2

*Esquema de resultados*

<b>Temas</b>			<b>Categorías</b>		
<b>Trayectoria del usuario en su proceso de atención</b>	Tiempo atención en salud mental es de larga data.	El diagnóstico es un proceso.	Evolución del trastorno es percibida como favorable por los usuarios.		
<b>Profesionales de salud mental son percibido como cercanos</b>	El personal de salud mental es un apoyo para los usuarios.	Los usuarios se sienten aceptados por el personal de salud mental.	Los usuarios se sienten escuchados por el personal de salud mental.	Los usuarios se sienten escuchados por el personal de salud mental.	Los usuarios valoran la atención grupal recibida y atención fuera del dispositivo
<b>Orientación psicosocial es percibida como más cercana</b>	Los usuarios perciben diferencias entre los roles	La figura del psiquiatra, dentro de los profesionales es biomédicos, genera mayores contradicciones			
<b>Formas de entender la discriminación</b>	Prejuicios	Exclusión social.			
<b>La discriminación</b>	Área escolar.	Área laboral.	Área relacional.	En Salud.	

---

<b>ón afecta los ámbitos relacionales de las personas</b>					
<b>Formas en que los usuarios se sienten discriminados por el personal de salud mental</b>	El personal de salud mental puede ser poco empático.	Los personales de salud mental entregan poca información .	Rechazo por parte del personal de salud mental.	El personal de salud mental infantiliza a los usuarios .	
<b>Causas de la discriminación y acciones para combatirla</b>	Aspectos sociales.	Prejuicios en torno a la salud mental.	Aspecto físico de las personas que tienen trastornos mentales.	Falta de educación.	Educación.

---

*Elaboración propia.*

El objetivo del estudio estuvo centrado en comprender cómo se presenta la estigmatización hacia personas con diagnóstico de trastorno mental, desde la experiencia de los usuarios, en centros de salud mental del Servicio de Salud Concepción.

Se pudieron establecer siete temas, algunos de los cuales responden directamente a los objetivos del estudio, en tanto otros fueron emergentes y ayudan a comprender de mejor forma el estigma hacia las personas con trastorno mental. Estos fueron: trayectoria del usuario en su proceso de atención, profesionales de salud mental son percibidos como cercanos, la orientación psicosocial es percibida como más cercana, formas de entender la discriminación, ámbitos en que se presenta la discriminación, ejercicio de

discriminación por parte del personal de salud mental y causas de la discriminación y acciones para combatirla. Los temas están conformados por categorías, las que están destacadas con negrita y cursiva.

### **Trayectoria del usuario en su proceso de atención.**

Este tema considera el camino que ha recorrido el usuario en su atención en salud mental. En general las personas llevan un largo tiempo de atención, la que se inicia con un diagnóstico no tan claro en muchas ocasiones. En términos generales las personas perciben una evolución favorable de su problema y relatan estar mejor.

***El tiempo de atención en salud mental es de larga data***, muchas personas llevan varias décadas asistiendo a los centros de salud mental. Esto implica un conocimiento profundo del sistema y una relación afiatada con el personal de salud.

“Me atendía particular, pero me derivaron acá... 9 años aproximadamente” (4/TEA/33)

“El año 2011 estaba más allá, cerca de Candelaria estaba el COSAM, después nos echaron para acá (hace 12 años en total)” (4/DEPR/35).

“En salud mental me he atendido prácticamente toda mi vida... cuando empecé tenía 20 años, 19 años (tiene 50 años)” (2/DS/38).

***El diagnóstico es un proceso***, lo que implica que puede cambiar con el tiempo. En esta trayectoria el usuario es atendido por distintos profesionales,

y puede recibir más de un diagnóstico, tanto de manera sucesiva como al mismo tiempo. Este proceso, por tanto, puede ser lento y llevar años.

“En un principio empecé con una depresión, una depresión severa, y así me fueron cambiando los diagnósticos. Hasta que llegue a este diagnóstico del trastorno de personalidad” (2/TLP/40).

Yo llevo como 12 años, no, más de 12 años, a ver, unos 17 años, porque primero estuve hospitalizada del 2002. En el 2002 me diagnosticaron trastorno de personalidad, ahí caí hospitalizada en el psiquiátrico... y después estuve cuatro veces hospitalizada por diferentes motivos. A veces por agresividad y otras veces por no tomarme los remedios... dejaba de tomarme los medicamentos y sufría crisis y me hospitalizaban... y después de eso estuve con trastorno de personalidad... y ahora, después de seis años que estuve en controles, me diagnosticaron trastorno esquizoafectivo. (3/ESQ/30).

En este proceso se puede realizar un verdadero viaje donde el usuario es derivado dentro de la red de salud a distintos profesionales.

“Bueno, fui por partes, me llevaron al médico, el médico me hizo la derivación a lo que fue primero un médico general, que después hizo su derivación respectivamente a salud mental y salud mental hizo su derivación” (1/TLP/45).

***La evolución del trastorno es percibida como favorable por los usuarios***, estos manifiestan que gracias a la ayuda entregada por el personal

de salud mental han mejorado o disminuido su sintomatología. De igual modo, aprecian el tratamiento entregado, como la terapia y los fármacos. Al centrarse en estos últimos, valoran los efectos positivos que estos han tenido y la ayuda entregada por los profesionales. Gracias a esto han recuperado las ganas de vivir, retomar los estudios y/o estar sin consumo.

He estado con mucha depresión, me quise suicidar. Aquí me han ayudado mucho, comparo como estaba a como estoy ahora. El doctor P. me ha ayudado mucho, la señorita N. también, por eso ya he estado un poco mejor, me ha hecho muy bien estar acá (4/DEPR/34).

Retomé mis estudios y me fue super bien gracias a dios, quedé sorprendido con algunas cosas, algunas materias las entendía más fácil y me concentraba más que antes, almacenaba más información, quizá era el medicamento lo que me hacía falta para eso, quizá estaba enfermo desde antes y no me daba cuenta...Terminé mi carrera, me titulé, estuve 1 año sin trabajar en lo que estudié, luego conseguí trabajo el año 2017 hasta el 2021 con la pandemia (3/TB/26).

Sí, me hizo bien, la del alcohol, ya después me pateaba, la tomaba aquí y ya sentía vómitos, náuseas, no me daban ganas de tomar. Ya, como le digo, llevo dos años sin nada. Igual mis hijos hacen sus asados, ellos se sirven sus cervezas, pero yo no, un café. Los miro, igual me dan ganas, pero me voy a acostar o algo cualquier cosa, pero lo que sí, fumo, para qué le voy a mentir (4/ADICC/31).

El tratamiento ha contribuido a que los usuarios puedan realizar cambios en sus vidas y se sientan bien consigo mismo, lo que ha generado empoderamiento en ellos.

“Porque no hacía nada. Antes estaba todo el día acostado, dormía... Ahora igual me han ayudado al tema de decirme “Pero puedes hacer esto” “Puedes hacer esto otro”. Y eso he hecho” (1/ADICC/43).

Me ha hecho súper bien, me cambió la vida, porque yo en algún momento de mi vida sentí que no iba a poder. Y acá me han ayudado, me han hecho sentir que sí puedo. Me han hecho creer en mí nuevamente, volver a ser yo misma, la que era antes (1/ADICC/42).

### **Personal de salud mental es percibido como cercano.**

Este tema considera cómo los usuarios perciben el trato entregado por el personal de salud. Se ha evidenciado que este, por lo general, es positivo, describiéndolos como cercanos, preocupados, cariñosos y comprensivos; los usuarios se sienten aceptados y escuchados, también, valoran la atención grupal recibida y fuera del dispositivo.

***El personal de salud mental es un apoyo para los usuarios,*** estos los ven como confiables y dispuestos a ayudarlos, “la confianza... yo creo que esa es la piedra angular del tratamiento” (1/ADICC/41).

“Ha sido efectiva, han sido responsables los profesionales y dispuestos a poder ayudar en todo lo que uno necesite, en cuanto a mi enfermedad” (3/TB/26).

Los usuarios perciben que se les brinda una atención personalizada, hay un interés en el bienestar de cada consultante. El personal se acuerda de ellos y los trata por sus nombres. Esto hace que se sientan queridos e importantes, hay preocupación hacia ellos.

Como cuando nos citan a los controles, cuando nos controlan los medicamentos y se demuestra la preocupación, como cuando preguntan “¿por qué no apareces por aquí?, ya no estoy viniendo tanto como estoy armando la vida de casa, pero el que se preocupen hagan visitas domiciliarias es algo bueno, también los monitoreos (3/TB/27).

“... los asistentes sociales se acuerden de uno, el apoyo que recibimos. Se nota que no es solo atender a un paciente como si fuera un número más, acá recuerdan nuestros nombres y saben cuánto tiempo llevamos” (3/TB/28).

... yo siento que hay una cercanía, el hecho de que te traten con tu nombre, yo no soy el único al que atienden, entonces tú vienes acá y te saludan por tu nombre. Te ven afuera, o sea ni siquiera están en la consulta y te saludan (1/ADICC/41).

“Acá en el COSAM igual, son super preocupados con respecto a las atenciones, los llamados, el tema de las terapias. Cuando necesito urgencia de internación, igual al tiro” (1/ADICC/43).

Los usuarios se sienten entendidos por el personal de salud mental, ante dificultades tratan de ayudarlos, por ejemplo, al cambiarle las horas cuando no pueden asistir.

Acá en el COSAM tengo “feeling” con todos los profesionales. Me siento a gusto y como en familia, como familiarizada, no es como que voy por cumplir, no vengo por cumplir, sino que vengo porque de verdad me siento super bien al venir. Hay veces que no puedo venir porque como me dializo, hay días que salgo mal. Y hay otros días que podría venir, pero ando descompensada, y lo bueno es que acá me entienden, entonces me cambian las horas. Porque entienden mi dificultad física (1/ADICC/42).

***Los usuarios se sienten aceptados por el personal de salud mental,*** esto implica que se perciben como libres de mostrar su personalidad, puesto que se sienten acogidos y no juzgados, incluso a pesar de tener conductas disruptivas. Esto suele ocurrir más en el COSAM (2) en comparación con los otros COSAM.

“Cuando yo entrego mi testimonio, o mis conductas, o mis falencias, ellos son abiertos” (2/TB/36).

“A veces vengo mal y me aceptan mi carácter. Porque ya como que me conocen, y si mando la porra, mando la porra nomás” (2/TLP/40).

Con aquellos a los que se les va más la onda o son más agresivos tienen paciencia, por ejemplo, una usuaria que venía a los talleres con

nosotros y tenía la manía de echarse las cosas al bolsillo, ya sea lápices o bolsas de té, les tenían paciencia. Cuando esa usuaria se iba se llevaba cosas con ella, como una vez se llevó un bolso de yoga, en ningún momento le llamaron la atención o le dijeron ladrona, simplemente le decían que le fuera bien y al marido le pedían que trajera las cosas de vuelta en otro momento (3/TB/28).

***Los usuarios se sienten escuchados por el personal de salud mental,*** lo que valoran positivamente. La escucha activa permite que se sientan validados como personas y que confíen en quienes les atienden. Perciben este trato como humano y cálido. El ser escuchado les ha servido para su recuperación.

“Es que como converso con ellos y me escuchan bien, no me andan apurando, no andan enojados” (4/DEPR/34).

... fueron los profesionales esenciales para mi recuperación y gracias a ellas me pude estabilizar, me escuchaban y se preocupaban de cada detalle de mí, una vez les conté que me gustaba escribir y me consiguieron una agenda personalizada, con mis gustos (3/TB/26).

... la psicóloga que me atiende a mi es muy cálida, muy humana, me habla, así como si fuéramos grandes amigas, yo tengo la confianza para contarle lo que me sucede. Entonces tengo buena llegada con ellos, y me siento en confianza qué es lo mejor de todo, para poder contarle todo lo que me sucede (2/DS/38).

Los usuarios sienten que pueden realizar las consultas que tengan sobre el tratamiento farmacológico, puesto que confían en que serán escuchados y habrá disposición para orientarlos y responder sus dudas.

A veces como que dudo del tratamiento igual, porque averiguo cuales son los efectos positivos y negativos que tiene el medicamento. A veces veo, me pueden hasta desestabilizar mentalmente, y esa es la incertidumbre con la que batallo muchas veces, que de repente viene y me dice “¿en realidad estarán ayudándome o haciendo efecto estas cosas? ... sí, se lo he dicho (consultar con el psiquiatra), por eso hemos hecho cambio de los medicamentos, cuando le he dicho que algo no está funcionando me escucha ... (3/TB/26).

***Los usuarios valoran la atención grupal recibida y la atención fuera del dispositivo,*** participar en talleres y actividades de recreación genera un sentimiento de pertenencia e identidad grupal, al estar con otras personas que tienen problemáticas similares. Esto aumenta el apoyo mutuo y las redes sociales entre compañeros.

Me siento contenta porque pertenecemos a un taller, hacemos actividades y eso nos relaja mucho, conversamos nuestros problemas y por eso tenemos nuestro corazón y oído atento, además que cada vez llegan más personas y les levantamos el ánimo (4/DEPR/35).

Teníamos entretenimiento, pónganle que nosotros entrábamos en la mañana y nos íbamos como a las 3-4 de la tarde, nos íbamos para la

casa y en ese lapso era todos los días de lunes a viernes, teníamos mesa de ping-pong y compartíamos con todos lo que estamos ahí metidos en la droga, en el alcohol, o sea, otros más en el alcohol y otros más en la droga, dependiendo de a lo que uno iba (4/ADICC/31).

Es visto como positivo, como un signo de preocupación, que el personal de salud mental visite a los usuarios inasistentes para “rescatarlos” y para dejar medicamentos a domicilio, cuando hay personas que tienen movilidad reducida.

El personal es muy bueno, al igual que aquí, aquí es un siete, y además de eso que a mí me van a dejar los medicamentos a la casa, los de psiquiatría y los del consultorio, por el hecho de ser discapacitada y por mi edad (4/DEPR/35).

.. cuando yo abandoné la primera vez el tratamiento, te acuerdas que te conté que lo tomaba como a la ligera. La psicóloga con la psiquiatra, la señorita R. con la señorita M., fueron a rescatarme a la casa... entonces fueron a mi casa, se tomaron el tiempo de ir, de estar con nosotros, con mi mamá, conmigo, de conversar para poder motivarme a volver (1/ADICC/42).

“Y cuando llegué aquí me ayudaron hartito e incluso me iban a ver hasta la casa, el psicólogo y la asistente social... me iban a ver a la casa, cuando me perdía. Eso me ayudó super bien...” (4/ADICC/31).

Los usuarios valoran cuando el personal de salud mental los ayuda a realizar trámites que les permiten acceder a beneficios.

“Claro, nos ayuda en todos los trámites y los proyectos, ella está con los papeleos y ayuda en lo que uno se pega, nos acompaña hasta el banco y anda en todas con nosotros” (4/DEPR/35).

Siempre apoyan, los terapeutas ocupacionales me ayudaban a buscar otras opciones, en el sentido de que siempre estaba la señorita D. buscando cursos, o recetas, o algo que pudiera vender, ya que estaba sin trabajo. Los asistentes sociales igual ayudaron con los trámites y apoyo emocional y moral... (3/TB/28).

Se aprecia que en el COSAM (1) la atención entregada por el personal de salud mental tiende a ser percibida como más cercana, en comparación a los otros centros. Esto se evidencia en que los usuarios refieren que la atención es familiar, sienten confianza y preocupación por parte de los profesionales de salud mental.

### **Orientación psicosocial percibida como más cercana por los usuarios.**

Este tema considera las diferencias entre los profesionales de salud mental. En general, los usuarios no encuentran grandes diferencias en el trato entre profesionales, sin embargo, perciben distinciones entre las funciones que poseen los miembros de los equipos de salud mental. Por otra parte, consideran que el personal del ámbito psicosocial es más cercano y próximo,

aunque valoran la entrega de medicamentos por personal biomédico, el psiquiatra es una figura percibida de forma más ambivalente.

***Los usuarios perciben diferencias entre los roles***, que poseen los distintos profesionales de salud mental, por ejemplo, el psiquiatra entrega medicamentos, mientras que la psicóloga se centra en el área emocional.

Alguna diferencia, claro que hay diferencias en cuanto a la ejecución de sus funciones. Por ejemplo, la psiquiatra más que nada se dedica a ver el tema de los medicamentos, a ver que no haya recaídas en el ámbito que estoy viendo ahora que es la droga. La psicóloga abarca más el tema emocional, me hace reflexionar, me hace pensar, me hace tratar de encontrar soluciones a mis problemas (1/ADICC/42).

Los usuarios sienten que profesionales con orientación psicosocial, como los trabajadores sociales y los psicólogos, muestran mayor interés en sus problemas, que otros profesionales, lo que genera una sensación de cercanía y confianza.

Eeh, con S, el trabajador social y con Y, la psicóloga (se siente cómodo) ... me siento menos presionado con ellos, pero no es que ellos me presionen, yo me siento presionado. La jefa del equipo es la psiquiatra, entonces si yo llego con un cuadro de recaída siento que le estoy fallando a ella y por tanto me estoy fallando a mí. Entonces llego derrotado (1/ADICC/41).

Con quién me he llevado mejor, con S. que es el trabajador social, y con la señorita M. que es la psicóloga. Con ellos son con los que me llevo mucho mejor... puede ser que siento que ellos realmente están como, interesados en mi ser, siento que los otros los hacen más que por, por hacer su pega (1/ADICC/42).

***La figura del psiquiatra, dentro de los profesionales biomédicos, genera mayores contradicciones.*** Por una parte, se valora la entrega de tratamiento farmacológico y, en ocasiones un trato cálido, y por la otra se les ve como más distantes y pueden tener conductas estigmatizantes.

“El psiquiatra es más serio... igual es cariñoso, o sea, no demuestra cariño, pero él demuestra atención, “¿cómo estás 3/ESQ/30”, me pregunta, ¿qué has hecho?, esas cosas” (3/ESQ/30).

“El psiquiatra yo recuerdo que no, que me trataban como que no podía razonar bien y así me sentía” (4/TLP/32).

### **Formas de entender la discriminación.**

Este tema considera como los usuarios conciben la discriminación. Esta puede ser definida como prejuicios hacia las personas que no encajan con la norma y exclusión social, que se expresa en rechazo a relacionarse con personas que presentan un trastorno mental y/o asisten a un centro de atención de salud mental.

**Prejuicios**, las personas tienen concepciones negativas sobre quienes tienen un trastorno mental, dudando de sus capacidades para desenvolverse en la cotidianidad y en aristas relevantes de su vida. Esto genera que los usuarios se sientan juzgados.

“La discriminación es decir este gallo tiene bipolaridad, es especial, este cabro no tiene valor, no saldrá adelante nunca” (3/TB/27).

Estos prejuicios que tienen las personas se hacen evidentes en la forma de interactuar con las personas afectadas.

“Con las expresiones faciales, miradas en menos, la forma de vestirse de repente, la forma en como hablan las personas. Me he dado cuenta en otra gente que se da cuenta de eso po...” (1/ADICC/43).

**La exclusión social**, toma la forma de rechazo a relacionarse con usuarios de salud mental, las personas se sienten aisladas, no aceptadas ni deseadas socialmente. La exclusión se relaciona con el prejuicio, pues se les rechaza por tener características consideradas negativas. De alguna manera las personas perciben que no encajan en la sociedad y por tanto se sienten “anormales”.

“Discriminación es separar a alguien de un grupo por alguna característica que no le parezca a una persona o un grupo” (2/TLP/39).

Es cuando alguien te hace sentir que no encajas en un modelo de conducta o de cosas que son, como generalmente normales, entonces

es sentirte anormal. Que te hagan sentir como que no estás haciendo las cosas bien, que eres algo diferente, algo anormal (1/ADICC/41).

Los usuarios perciben que este rechazo, se expresa en un trato diferente y degradante por parte de las personas. Esto se puede manifestar hacia diferentes grupos, por lo general es hacia las minorías.

“Es el trato diferente de una forma negativa o despectiva a disidencias, por ejemplo, puede existir discriminación a personas de color, a personas neurodivergentes, también a discapacitados” (4/TEA/33).

### **La discriminación afecta los ámbitos relacionales de las personas.**

Este tema considera los diversos ámbitos donde los individuos han sentido estigma, se ha encontrado vivencias de discriminación en el ámbito escolar, donde han sufrido acoso; de igual modo, en el área laboral, donde se les dificulta encontrar trabajo o se les quitan funciones. También, en el ámbito relacional (familiar y amigos), donde son humillados y poco comprendidos. Por último, en salud donde los profesionales no los escuchan y rechazan tener contacto con ellos.

***En el ámbito escolar***, el acoso se daba por características distintas al resto de los compañeros. Entre estas destacan las físicas, como ser más bajo que el promedio de los compañeros, tener discapacidad visual y movimientos involuntarios (síndrome de Tourette). Esto se manifestaba mediante burlas y agresiones físicas.

Mi periodo de básica tenía 13 años, 12 años, y no medía más del metro. Entonces era muy bajita, muy chiquitita. Cuando entré a primero básico me tuvieron que hacer una mesita y una silla especial para mí, porque las del resto no me servían. No podía sentarme en una mesa de mis compañeros porque no alcanzaba. Entonces como era muy chiquitita me molestaban, me tiraban el pelo, me pasaban a llevar. Eeeh, porque como era muy pequeña no me respetaban. Después cuando usé lentes también me sentí discriminada porque me decían 4 ojos (2/DS/38).

“En el ámbito del Tourette, de mi tic nervioso, en el colegio me sentí muy discriminada por mis compañeros. A veces los profesores no entendían por qué yo me movía tanto, y sufrí mucho cuando niña” (1/ADICC/42).

También, el acoso se expresaba por tener características psicológicas distintas, lo que los hacía no encajar con el resto de los compañeros y ser considerados “raros”. Esto se evidenciaba al ser excluidos por los compañeros.

“La discriminación que recibí de mis compañeros cuando iba al colegio... era la rara del curso” (2/TB/37).

Yo creo que no encajaba muy bien en los grupos po, por gusto, por actitudes. Entonces no me agregaban a ciertas actividades ... yo creo que mis mismas características no me permitían quizás estar bien en los grupos y ser bien acogida po (2/TLP/39).

**En el área laboral,** los empleadores visualizan que la persona no es apta para desempeñar las funciones laborales del cargo por tener problemas de salud mental. Esto se expresa en no contratar a las personas, quitarle funciones o despedirlas. Estas experiencias suelen ser más frecuentes en usuarios con dependencia de alcohol y/o drogas que otros diagnósticos.

Una vez fui a pedir trabajo y una señora me dijo que le habían comentado, me conocía y ella no, hasta de ladrón me acusaba. Yo jamás, nunca, por lo menos en ese tema nunca robé para consumir, siempre me la buscaba para trabajar y hasta para la comisaría me llevaron, qué si no me pillaron nada (4/ADICC/31).

Al momento de llenar la ficha del contrato indicando mi discapacidad le expliqué a mi jefa que tenía una enfermedad mental psiquiátrica y que por lo mismo me medicaba, ese mismo día me despidió y me dijo “no quiero que te de una crisis en la cocina de esas cosas que le da a la gente y te pongas a golpear el piso provocando un accidente”, yo le dije que ella pensaba que yo tenía epilepsia y eso no era así, que no tengo nada (2/TB/28).

“Dándome menos funciones, quitándome funciones, quitándome funciones donde había plata, cosa que yo nunca. O sea, yo soy grado 15, soy de la planta técnica, o sea estoy de planta, puedo jubilar ahí sí quiero, gano buen dinero...” (1/ADICC/41).

Los usuarios al asistir a controles en los centros de atención de salud se deben ausentar del trabajo, esto causa rechazo en los empleadores y prefieren no contratarlos. También, puede genera conflictos con los colegas de trabajo, puesto que ven un “favoritismo” cuando se conceden los permisos.

Por los horarios de diálisis y al saber que una está enferma, ya te discriminan, no te contratan. Te dicen “te llamamos”, pero no, porque prefieren a una persona sana a que una persona que tengan que darle permisos por la enfermedad. Entonces me he sentido discriminada de varias maneras, por todas mis condiciones (1/ADICC/42).

“Hace rato se me acabaron los permisos, así que estoy ocupando mis vacaciones ahora, y estoy faltando casi todos los miércoles. Y claro, genera anticuerpos en contra mío por mis compañeros. Hay como mucha ayuda, pero por los permisos” (1/ADICC/41).

***En el área relacional***, la familia, amigos o personas cercanas ejercen discriminación. Los integrantes de la familia pueden ejercer violencia verbal y psicológica hacia los usuarios por su problema de salud mental. Las personas se sienten humilladas por los comentarios despectivos y las comparaciones con otros miembros de la familia, lo que genera una percepción de rechazo. En el ámbito familiar, los usuarios con dependencia de alcohol y/o drogas relatan más experiencias de discriminación en comparación con los otros diagnósticos.

“Las primeras veces que yo iba al psicólogo me decían “¿pero para qué vas a ir? Si eso es para locos; si no estás loca” y cosas así; al principio como que igual te miran raro” (1/ADICC/44).

“Bueno, para mi papá es muy fuerte, ni siquiera quiso saber si era demasiado tarde cuando se enteró. Su esposa que es hermana de mi mamá también me dijo que ella sabía que yo estaba loca, y que desde niña debí estar encerrada en un psiquiátrico. Me han humillado” (3/TB/28).

“Mi propia familia igual, mi mamá, por ejemplo, me ha tratado como “drogadicta de mierda”, “pastera” ... cuando ando peleando me tocan esos temas así, como que me hace sentir muy inferior” (1/ADICC/42).

Mis primos son muy unidos, algunos se alejan y otros están conmigo, con los que se alejan noto la discriminación, me categorizan como “la prima enferma” ... yo creo que es mi diagnóstico, me deben mirar en menos. Mi familia más cercana, mis hermanos y sobrinas me deben mirar en menos (2/TB/36).

En el caso de las personas cercanas o amigos, esto se evidencia en dudar del problema de salud mental, distanciarse de ellos y/o hacer comentarios ofensivos. De igual forma, sus conductas pueden ser interpretadas solo desde el lente del trastorno mental, por lo que no se sienten entendidos. Las personas con un diagnóstico de trastorno bipolar suelen experimentar más

experiencias de discriminación por parte de amistades en comparación a otros diagnósticos.

Por ejemplo, cuando murieron mis abuelitos, periodo de tiempo en que me desilusioné de personas, amigos que tenía y que ya no son. Todas esas cosas afectan, como yo tengo esta enfermedad vivo todo el doble, y eso la gente no lo entiende ... Son las actitudes, yo soy muy observador, y esas cosas dicen mucho ... Indiferencia, no estar presente, no entender la enfermedad, cuestionar con el “¿será cierto?” (3/TB/26).

“Siento que en general, no sé si el diagnóstico en sí, pero cuesta mucho que las personas me entiendan, mi forma de funcionar. Entonces cuando cuento, bueno generalmente yo no les digo bueno tengo “tanto”, porque es complejo para ellos, “ya, depresión” les digo ... yo trato de ayudar a las personas de cualquier forma, en ese sentido la gente no entiende y escuché hace poco igual que una amiga, no sé si será real el comentario o no, pero ella dijo que yo estaba loca” (4/TLP/32).

“Y luego de grande el tema de la adicción, me he sentido discriminada, por ejemplo, por vecinos que saben que yo consumía, me han hecho sentir como mirada en menos” (1/ADICC/42).

**En Salud,** los individuos al asistir a centros de atención perciben malos tratos por parte del personal, por lo general es por parte de los médicos y

administrativos en ventanilla. Esto se evidencia en conductas como cerrar la puerta en la cara al usuario, evitar el contacto y demora en obtener una hora de atención.

Los médicos igual no me han tratado bien, las personas en ventanilla del consultorio que dan horas también son complicadas, y uno no les puede decir nada porque ahí nos tratan peor y no nos dan horas, hay que aguantar los malos tratos para que nos atiendan después (4/TEA/33).

“En el hospital una vez, al operarme de la columna el doctor me trató malísimo, me pegaba portazos en la cara, no me dejaba entrar para hablar con él, por eso me fueron cambiando muchas veces de médico” (4/DEPR/34).

Los usuarios sienten que sus opiniones no son validadas, por el personal de salud, se desconfía de lo que dicen solo por el hecho de tener un diagnóstico psiquiátrico.

“Es como decir, ah ella es de salud mental, y supongamos que envían una interconsulta al hospital, y por ser salud mental, por enviarme de acá, no la toman en cuenta” (2/TLP/40).

Los usuarios también perciben una relación asimétrica, donde el personal de salud puede discriminar por el nivel educativo a los usuarios.

“... consultorio de M., es gente que tienen un poco de profesión, pero ya se creen “arriba”, y uno como es más pobre y no sabe leer lo tratan mal” (4/DEPR/34).

### **Formas en que los usuarios se sienten discriminados por el personal de salud mental.**

Este tema abarca las formas en la que los usuarios han sido estigmatizados por el personal de salud mental. Los usuarios viven como estigma la falta de empatía, lo que lleva a una atención poco cercana. Pueden sentirse poco escuchados por parte del personal de salud y en ocasiones juzgados por estos. Asimismo, la poca entrega de información sobre el diagnóstico, tratamiento y fármacos, por parte de los profesionales es vista como estigma. También las actitudes de rechazo hacia los usuarios por parte de los profesionales se experimentan como discriminación. La estigmatización se aprecia en la infantilización de los usuarios, se les ve como niños y se les intenta sobreproteger. Por último, consideran que en la internación psiquiátrica el tratamiento es invasivo.

***El personal de salud mental puede ser poco empático***, los usuarios esperan que el personal de salud mental tenga una actitud humanizada, donde se les escuche y entienda, y no se les trate de manera automatizada.

... la empatía, el cariño, porque igual se forma un vínculo, aunque obviamente es profesional, pero el respeto, escuchar, y en el caso mío cuando me digan algo que no sean tan pesados ni tan fríos ... el

distanciamiento muy grande, sin llegar, yo igual creo que a mí me costaba abrirme, pero nunca me dieron el espacio para (4/TLP/32).

Eeeh, que fueran más empáticos, que se colocaran un poco más en el lugar de uno. Que no fueran tan mecánicos para atender. Eeeh, porque sí tienen experiencia, mucha, pero somos personas distintas, podemos tener la misma enfermedad, pero somos personas distintas (2/TLP/40).

Cuando el personal de salud mental invalida el relato de los usuarios, estos vivencian esta conducta como discriminación.

Asumir en algún momento que estaba bien por lo que yo decía, porque yo estaba evadiendo. Entonces esa profesional pensó que estaba bien de acuerdo a lo que decía, pero me decía “no si tú estás bien, veámonos en un mes, en dos meses”, y terminé con crisis, una crisis más o menos importante (2/TLP/39).

Se ha encontrado ambivalencia en la atención del COSAM (2), ya que, si bien los usuarios reportan sentirse aceptados, también comentan que los profesionales de salud mental pueden ser poco empáticos y tienden a no sentirse escuchados. Esto lo notan en la atención poco personalizada que reciben, en que se sienten poco comprendidos por el personal y cuando no se le prestan atención a lo que dicen o lo ven como poco relevante.

Aparece en menor medida que **los usuarios se sienten juzgados por el personal de salud mental**, estos notan las diferencias en el trato hacia los distintos diagnósticos, por ejemplo, se estigmatiza más a quienes tienen

consumo de sustancias que a alguien con depresión. Esto es más frecuente en el COSAM (1) en relación con los otros COSAM, lo que es contradictorio puesto que en este COSAM también se percibe la atención como cercana.

“... me veían como de una manera como, yo me sentía como, culpable. Obviamente soy culpable de lo que hice, pero me sentía como que, esa funcionaria me hacía sentir como diferente, como no aceptada ... juzgada ...” (1/ADICC/42).

***Los profesionales de salud mental entregan poca información***, sobre el diagnóstico de la persona. En ocasiones cuando esta pregunta, no se les explica, por lo que el usuario opta por buscar la información en otros medios, como internet.

... lo primero fue TLP, sin control de impulsos, y después en verdad para acá, porque realmente como que no pregunté directamente porque como ya tenía eso, no me acuerdo qué fue, pero en un papel vi que era bipolar... en el psiquiátrico le pregunté a una psiquiatra y me dijo que buscara en Google, literalmente, que la información que yo le estaba pidiendo la buscara en Google. Entonces yo fui obediente y casi la mayoría de las cosas las he averiguado a través de eso (4/TLP/32).

En cuanto al tratamiento, no se entrega información sobre cómo funcionan los fármacos ni sobre los posibles efectos secundarios de estos. Asimismo, se modifican los medicamentos y/o sus dosis sin dar explicaciones al usuario, este no tiene la posibilidad de decidir, es decir se disminuye su agencia.

Yo pedí que me cambiaran el tratamiento, y me cambiaron al litio, me dijeron que era más efectivo. Empecé con vómitos, me dijeron que era normal y que en unos quince días se me iba a pasar, prácticamente, a pesar de que dije que ya estaba con vómitos me aumentaron la dosis. Pasó que seguí con vómitos y malestar, pero la doctora no se hizo responsable, ella solo dijo que no había hecho nada mal porque me dio la dosis correcta, simplemente fue culpa de mi cuerpo que se deshidrató (3/TB/28).

“Uno no tiene mucho derecho a elegir el tratamiento, o si uno quiere o no una inyección, solo nos tratan” (3/TB/28).

***Rechazo por parte del personal de salud mental***, este se expresa en disminuir el contacto con los usuarios, generalmente mediante atenciones más cortas. Esto genera frustración en los usuarios y la percepción de una menor calidad de la atención.

“... los otros médicos son como que siento yo que, escuchan, dan los remedios, y ya ándate” (2/TLP/40).

“Esa asistente social me atendió al final muy rápido, yo vine como a perder el tiempo prácticamente” (1/ADICC/42).

***El personal de salud mental infantiliza a los usuarios***, esto se expresa en una forma de relación desigual donde el usuario se coloca y es tratado como niño. El lenguaje denota esta forma de vinculación con términos como “tío” o “tía” para referirse al personal. También se evidencia esta relación al

hacer cosas por la persona, bajo el supuesto de que ella no puede. Es interesante destacar que la infantilización no es problematizada por los usuarios como discriminación, sino que al contrario la ven como parte de una relación “familiar” y cercana. Estas actitudes suelen estar más presentes en el COSAM (3) en comparación con los otros COSAM.

“Sí, es muy cariñoso el tío R. y la tía R. igual, la tía que nos inyecta” (3/ESQ/30).

“...la tía Bárbara es como más niña, más infantil para atender, como una niñita...es como más cariñosa, más tierna” (3/ESQ/30).

“Excelente, siempre me está ayudando en cosas, sacaba hora para que yo fuera a la municipalidad” (4/DEPR/34).

Se ha encontrado que los usuarios comentan que al ser internados el tratamiento es invasivo, valoran negativamente el estar alejados de sus familias y sentirse poco escuchados por parte de los profesionales de salud mental. Estas experiencias fueron más frecuentes en usuarios con diagnóstico de trastorno bipolar en relación con los otros diagnósticos.

El tratamiento era muy invasivo, además, muchas veces a mí me encerraron y a mi familia le negaban esa situación, diciéndoles que estaba bien. Ellos daban a entender que yo estaba mintiendo, y como estaba mal se justificaban en eso. Entonces uno veía a los profesionales más como enemigos que amigos (3/TB/28).

La estigmatización de las personas con problemas de salud mental tiene consecuencias, pues disminuye el acceso a los centros de salud mental, por temor a ser juzgados de manera negativa.

“... hay personas que les cuesta que les ayuden y hay otras que no tienen esta oportunidad de llegar al COSAM, hay hartos, montón de gente” (4/ADICC/31).

“... no la cuento a todo el mundo, pienso que, si se lo contara a todo mi círculo como amigos de hace tiempo o si expusiera mi enfermedad públicamente sufriría discriminación” (3/TB/26).

Para finalizar, los usuarios perciben que hay problemas con aspectos organizacionales y materiales del sistema de salud que podría contribuir a que no se sientan cómodos en su proceso de atención, aunque no implican estigma de los profesionales, podrían corresponder a estigma estructural, lo que sin embargo habría que investigar.

Se evidencia que faltan espacios para realizar actividades, incluso en ocasiones ha ocurrido que deben dejar a medias una actividad pues la sala donde se realiza será ocupada por el personal de salud mental.

Aquí falta espacio para atender los talleres, el lugar físico es todo junto... estábamos ahí y había que desocupar porque llegó el equipo de los profesionales, debíamos estar afuera al sol o al frío sin hacer nada... nosotros trabajamos en la huerta y ya no se puede ocupar,

porque es un espacio de la casa, ya no tenemos un espacio para practicar la huerta (3/TB/27).

De igual forma, los usuarios reportan que se les ha dificultado tener atenciones permanentes por la escasez de horas, lo que se liga a la falta personal.

“... sí siento que tuve suerte, porque conozco personas que se han demorado años en conseguir una hora de atención en el COSAM, siento que eso se podría mejorar un poquito, quizá buscando más profesionales o algo así ...” (4/TEA/33).

“... hemos tenido problemas aquí con las horas, ahora en marzo tuvimos un problema de que no tenía hora para la psicóloga, y yo estaba con un proceso ansioso grande” (2/TLP/39).

### **Causas de la discriminación y acciones para combatirla.**

Este tema abarca las causas de la estigmatización, dentro de estas están aspectos sociales asociados a creencias culturales y prejuicios en torno a la salud mental, estos últimos fundamentalmente ligados a la locura y conductas delictivas. Asimismo, el aspecto físico de las personas influye, debido a que hay trastornos mentales que son visibles, por lo que generan mayor estigma. De igual modo, la falta de empatía que existe hacia las personas con trastornos mentales ya sea por parte de la sociedad o por profesionales de salud mental contribuye a la discriminación. Finalmente, la falta de información

sobre los problemas de salud mental es vista como una causa de estigma y su abordaje como una forma de reducir este.

**Los aspectos sociales**, como las creencias, favorecen la estigmatización. En la sociedad existen creencias arraigadas, como que todos tenemos que funcionar de manera óptima, por lo que no es necesario asistir a centros de salud mental. Esto lleva a que consultar por problemas de salud mental sea mal visto y las personas dilaten esta alternativa o la oculten.

Esa maldita expectativa de que todo funcione bien, lo que hace que si tú tienes la idea de ir a salud mental es como que te digan “pero para qué, no están locos”. Hoy no tengo que estar loco para ir a un psicólogo, por ejemplo, o para consultar un psiquiatra -bueno, para consultar un psiquiatra igual tiene que haber cierto diagnóstico médico-, pero entiendes a lo que voy (1/TLP/45).

Ya, mira, yo hablo desde mi respectiva historia, pero creo que aquí viene de una raigambre cultural. Es una cuestión cultural que viene desde el Chile del siglo pasado. Esta idea de que todo tiene que estar bien, esta idea de que de que no hay nada mal que todos prácticamente tienen que vivir felices, pero creo que es como que algo que, que se arraigó en nosotros, entonces nosotros no concebimos lo que es en realidad reconocer que tenemos problemas de salud mental, de que la salud mental es un problema y que también tiene que tratarse (1/TLP/45).

**Los prejuicios en torno a la salud mental**, se centran en la idea de locura, asociada a descontrol y agresividad.

Yo creo que las condiciones mentales psiquiátricas son las más discriminadas y las más mal vistas, porque es la que no se ve, la gente le tiene miedo a lo que no ve. Las enfermedades físicas son visibles, pero con lo psiquiátrico uno piensa cualquier cosa, de que somos asesinos en serie agresivos o cualquier cosa por el estilo, como la típica Harley Quinn (3/TB/28).

El asistir a un centro de atención mental es catalogado como negativo y también se asocia a la imagen de locura.

“... si vas al psicólogo, al psiquiatra, ya estás tachado como loco” (1/ADICC/44).

En el caso de las adicciones están se asocian a delincuencia lo que genera rechazo.

“Por el tema de que como saben que uno está metido en el alcohol o la droga, piensan que uno le va a robar. Bueno, hay cosas que sí hay; yo tuve a personas que roban para consumir” (4/ADICC/31).

**El aspecto físico de las personas que tienen trastornos mentales**, también contribuye al estigma. Los usuarios comentan que hay trastornos mentales que son visibles, como los trastornos de la conducta alimentaria,

esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad y trastornos por consumo de sustancias, lo que genera mayor estigma.

“... no solo en el consumo de sustancias, porque si tu empiezas por una patología de desorden alimenticio, y empiezas a bajar de peso, la gente también te va a discriminar, porque estás feo” (1/ADICC/41).

“La depresión en cierto modo también está estigmatizada, pero no está tan estigmatizada como, por ejemplo, una esquizofrenia o un trastorno de personalidad... yo creo que, porque se notan más, se pueden identificar a la distancia” (1/TLP/45).

**Falta de empatía**, generada por no haber vivido situaciones como las que afectan a los usuarios, lleva a que las personas no entiendan los problemas de salud mental, por ende, en lugar de tratar de comprenderlos, los discriminan.

“Hay un cierto grupo que no entiende de la salud mental en la sociedad, entonces como no comprenden esta enfermedad viene el estigma, el prejuicio y la discriminación” (3/TB/26).

Porque no lo viven, yo veo eso, que la gente vive su vida y no ve la del resto, y como lo le tocó vivir esas situaciones, para ellos no es normal po, entonces está la discriminación, de tratarla como una persona drogadicta, que está mal, que está enferma. Y no es así po, o sea, todos tenemos problemas o una enfermedad, solamente que hay enfermedades mentales, físicas (1/ADICC/43).

**Falta educación**, la falta de información sobre los trastornos mentales puede contribuir a generar prejuicios sobre estos.

“Yo creo que la falta de conocimiento o de impulso a aprender, la gente se encierra en su pensamiento e ideas, lo demás lo desechan” (3/TB/26).

“... hay desinformación al respecto ... la gente piensa, por ejemplo, que una persona esquizofrénica no puede llevar una vida normal, porque está loca. Bueno, sabemos que una persona esquizofrénica, si se toma sus medicamentos, puede llevar una vida” (1/TLP/45).

Los usuarios creen que los medios de comunicación pueden influir en la falta de información sobre los trastornos mentales al generar ideas erróneas sobre los problemas de salud mental.

“Por la poca información que tienen, o quizá la tele ha mostrado a las personas en hospitales psiquiátricos como personas muy locas” (3/TB/28).

Cuando las personas tienen problemas de salud mental no saben dónde acudir, por lo que es importante entregar información sobre los centros de atención de salud mental.

“Hay gente que está desinformada, que no sabe que existen los COSAM, que uno puede, y hay otra gente que no quiere salir” (4/ADICC/31).

Al centrarse en las acciones para disminuir la discriminación, también surge la falta de información, pero en su vertiente positiva es decir en la educación a la población.

**La educación**, permitiría reducir la discriminación, para ello se podría enseñar sobre las emociones desde la niñez, con el fin de que las personas sean más empáticas.

... los profes en general no sabemos manejar las emociones, la mayor parte. Entonces enseñarlas, sobre todo con el boom de las emociones de ahora, es complejo po, yo les explicaba a mis niños, porque yo como que soy bien libre, estábamos hablando de las emociones y de identificarlas ... entonces es como complejo, son como las dos áreas que se deberían desarrollar en ese lado (2/TLP/39).

Igualmente, se considera necesario preparar al personal de salud mental mediante cursos y charlas para disminuir la discriminación.

“La formación, no todas las personas tienen información sobre los diagnósticos de salud mental” (3/TEA/33).

“Que los profesionales tengan consciencia, prepararlos, darles cursos y charlas” (3/TB/27).

De igual forma, se propone enseñar, hacer campañas de concientización y prevención sobre los trastornos mentales con la misma frecuencia que se hacen sobre problemas físicos.

Hablar sobre ello, en universidades, en colegios, desde el principio porque la base está en cuando éramos niños, es importante explicarles a los niños sobre las enfermedades como la diabetes y las de salud

mental, y decirles que la depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia se tienen que tratar. Hay que hacerle ver a la sociedad que estas son enfermedades, ahí está la clave (3/TB/26).

Finalmente, hay una mención al control sobre el personal de salud como una medida para reducir el estigma. Esto implica supervisar el trabajo que hacen los profesionales de manera más directa. Para ello se plantea la posibilidad de que existan supervisores donde los usuarios puedan acudir para realizar quejas y sancionar las conductas negativas de los profesionales.

“Yo creo que tendría que ser más controlado todo, que tengan un superior donde uno pueda recurrir, pero como a esta gente la dejan nomás. Hay misma gente que ha llorado por esos tratos...” (4/DEPR/34).

## **Discusión**

El objetivo del estudio estuvo centrado en comprender cómo se presenta la estigmatización hacia personas con diagnóstico de trastorno mental, desde la experiencia de los usuarios, en centros de salud mental del Servicio de Salud Concepción. Esta investigación es de las primeras en el país que considera la perspectiva de los usuarios en el estudio del estigma en los centros de atención secundaria.

Respecto al primer objetivo, que fue conocer la conceptualización de estigma que tienen los usuarios de salud mental, se encontró que estos entienden el estigma como prejuicios y exclusión social. Estas definiciones más que surgir de una perspectiva teórica nacen en base a la experiencia que

los usuarios tienen sobre la discriminación. Es así como investigaciones han encontrado que los usuarios se sienten aislados, ignorados, marginados y sienten que les falta apoyo (Bard, et al., 2016; Chambers et al., 2014; Hamilton, et al., 2016; Morphet, et al., 2012). Esto puede generar que ignoren el problema de salud mental o no quieran atenderse en los centros de salud mental por temor a la discriminación (Acosta, et al., 2021; Mojtabai et al., 2010).

Las experiencias de discriminación se circunscriben a los diferentes ámbitos donde los usuarios desarrollan su vida, por lo tanto, esto es un ejercicio práctico para ellos. Esto también se ha visto en estudios donde los usuarios reportan estigma en diversas áreas, como la laboral, relacional, escolar, de salud, entre otras (Junna, et al., 2022; Subu, et al., 2021; Mejía-Lancheros, et al., 2021). El estigma que perciben puede llegar a internalizarse generando autoestigma y aislamiento social (Nascimento y Leão, 2019).

El segundo objetivo buscó conocer la experiencia que tienen los usuarios de su atención en salud mental y determinar si existen diferencias en esta por tipo de profesional. En términos generales, se encontró que los usuarios valoran positivamente la atención entregada (los aspectos negativos serán comentados más adelante). Estos comentan que el personal de salud mental es un apoyo para ellos, se sienten aceptados y escuchados. Además, valoran la atención grupal y fuera del dispositivo como las visitas domiciliarias. Esta última se interpreta como un signo de preocupación más que una función propia del rol. Esto se ha encontrado en otras investigaciones donde se

muestra que el personal de salud mental tiene actitudes positivas hacia los usuarios y los atienden con entusiasmo (Dickens, et al., 2019; Maier, et al., 2015; McGrath, et al., 2021; Rose, et al., 2018; Sreeram, et al., 2023).

En cuanto a las diferencias entre profesionales, se encontró que, en general, los usuarios consideran más cercanos al personal con formación psicosocial que a los funcionarios con formación biomédica, lo que también se ha encontrado en otros estudios, en los cuales los psicólogos y trabajadores sociales tenían más actitudes positivas hacia los usuarios en comparación a psiquiatras y enfermeros (Del Olmo-Romero et al., 2019; Economou, et al., 2020). Por otra parte, la figura del psiquiatra fue la que mayor contradicción causó, puesto que los usuarios valoran la entrega de fármacos, pero perciben que estos tienden a tener actitudes distantes. Esto también se ha reportado en investigaciones donde se muestra que los psiquiatras tienden a estigmatizar a los usuarios y tener actitudes negativas hacia ellos, como no escucharlos y no explicarles su tratamiento, ni efectos secundarios del esquema farmacológico (Avery, et al., 2013; Dabby, et al., 2015; Ori, et al., 2023; Yavuz, et al., 2020).

El tercer objetivo buscó describir las formas en que se presenta la estigmatización hacia los usuarios por parte del personal de salud mental que los atiende e identificar diferencias por centro de salud. A pesar de que en general se valora la atención recibida, se evidencian situaciones de estigmatización, aunque estas son menos reportadas. Los usuarios perciben discriminación por parte del personal de salud mental cuando este es poco

empático, no los escuchan, entregan poca información sobre el diagnóstico, tratamiento y fármacos; y tienen actitudes de rechazo. Al centrarse en las actitudes negativas se aprecia que el personal de salud mental tiene creencias en torno a los trastornos mentales, como que son crónicos, es decir, para toda la vida y tienen una visión desesperanzadora de la mejoría que puedan tener los usuarios, lo que puede influir en la falta de entrega de información hacia estos (Hanafiah & Van Bortel, 2015; Valverde-Bolivar, et al., 2022). De igual forma, los profesionales tienen actitudes paternalistas y de sobreprotección, no dejando que participen en su tratamiento y evitan el contacto con el usuario entregando una atención rápida y poco personalizada (Abdulla, et al. 2022; Seo, et al., 2012; Valverde-Bolivar, et al., 2022). Finalmente, se ha visto que los profesionales tienen una percepción negativa de los usuarios, teniendo creencias que son personas locas, manipuladoras y son vistos como molestia, lo que por una parte genera menor empatía y por la otra, rechazo a atenderlos (Flanagan, et al., 2009; Hana, et al., 2022; Hanafiah & Van Bortel, 2015).

Se podría postular que el estigma ha disminuido, puesto que los usuarios reportan más conductas positivas que estigmatizantes. Asimismo, ha cambiado la forma en que se presenta, debido a que en la actualidad el estigma toma una forma más sutil, como la infantilización, esta es tratar a los usuarios como niños pequeños. Se ha podido apreciar que los usuarios no perciben esto como discriminación, al contrario, perciben que el personal de salud mental es cercano y cariñoso. La infantilización podría considerarse una forma asimétrica en la interacción funcionario/usuario. En esta los funcionarios

tienen un rol de mayor poder que los usuarios, puesto que estos tienen mayor conocimiento sobre cómo funciona el dispositivo de salud, el diagnóstico y el tratamiento dejando a los usuarios en desventaja cuando no se les informa correctamente bajo la creencia de que no entenderán (Looi et al. 2014). En las relaciones asimétricas podrían surgir dinámicas de poder, en las cuales se ha visto que el personal considera que estas técnicas son necesarias para que el tratamiento funcione (Morandi, et al., 2021). De esta forma se tiene la creencia que el personal sabe lo que el usuario necesita e intentan tomar decisiones por ellos (Andersson et al., 2020).

Al revisar investigaciones de décadas pasadas se ha apreciado que la discriminación ha disminuido (Lauber, et al., 2006; Üçok, et al., 2003; Packer, et al., 1996). Un estudio mostraba que el 85% de los profesionales de salud mental prefería no atender a los usuarios con un problema de salud mental crónico, preferían derivarlos (Mirabi, et al., 1985). Asimismo, se encontró que alrededor del 43% del personal de salud mental prefería no comunicar el diagnóstico ni tratamientos, puesto que tenían la creencia de que no entenderían y podría provocar baja adherencia hacia este (Üçok, et al., 2003). De igual manera, el personal de salud mental tenía creencias negativas sobre los usuarios, como que eran personas estúpidas, peligrosos, raros y tienen creencias negativas sobre ellos al igual que el resto de la población (Lauber, et al., 2006).

En la actualidad, un estudio ha evidenciado que alrededor de un 42% de los profesionales de salud mental no desean estar cerca de personas con

trastornos mentales graves y prefieren tomar distancia de ellos. Asimismo, un 43% aproximadamente cronifica los trastornos mentales. Por último, alrededor de un 30% cree que las personas con trastornos mentales graves no pueden realizar una vida normal como el resto de la población (Economou, et al., 2019). Al centrarse en los usuarios un 38% de los usuarios reporta percibir estigma en los centros de atención de salud mental (Harangozo et al., 2014)

Al centrarse en las diferencias entre los centros de atención de salud mental, se encontraron leves diferencias. En el COSAM (1) se presenta una ambivalencia en la atención, puesto que más usuarios comentan que la atención entregada por el personal de salud mental es cercana, hay preocupación por parte del personal, sin embargo, también más usuarios han manifestado sentirse juzgados por el personal, fundamentalmente estableciendo diferencias en el trato hacia los diferentes diagnósticos.

En el COSAM (2) también se presenta ambivalencia en la atención, pues los usuarios reportaron sentirse aceptados por el personal de salud mental, pueden expresarse sin temor a ser juzgados, no obstante, estos también manifiestan que los profesionales pueden ser poco empáticos y tienden a no sentirse escuchados.

Este resultado es similar al planteado por Wahl y Aroesty-Cohen (2010) quienes señalan en su revisión que el personal de salud mental tiene un trato ambivalente hacia los usuarios, mezclando actitudes positivas y negativas hacia estos.

En el COSAM (3) más usuarios reportaron conductas de infantilización en comparación con los otros centros. Sin embargo, es importante mencionar que los usuarios ven esto como algo positivo, puesto que denota cercanía hacia ellos. Esto nos podría hablar sobre la naturalización de esta forma de estigmatización que no es percibida como tal.

En el último objetivo se identificaron las dimensiones que pueden contribuir a la estigmatización del personal de salud mental hacia los usuarios que atienden. Las dimensiones que se relacionan con el estigma se pueden presentar desde un modelo ecosistémico, en el cual se presentan tres niveles, siendo estos el macrosocial, mesosocial y microsocioal.

La perspectiva ecosistémica está ligada a investigaciones más actuales donde se presenta el estigma por niveles. Esto se ha visto en varias investigaciones, que visualizan el estigma desde una perspectiva multidimensional (Cook, et al., 2014). Asimismo, recalca la importancia de realizar campañas para disminuir el estigma abordando la relación entre los distintos sistemas para que sean efectivas (Hatzenbuehler, et al., 2013; Walsh y Foster, 2024).

El nivel macrosocial está relacionado con los aspectos sociales. En este caso se encontró que creencias arraigadas en la sociedad que favorecen la estigmatización, son compartidas por el personal de salud mental. Este presenta estereotipos negativos que aparecen en los medios de comunicación, como que las personas son peligrosas o tienen menos capacidades que el resto de la población (Gupta, et al., 2024; Valverde-

Bolivar, et al., 2022). Asimismo, puede influir el modelo biomédico bajo el cual son, principalmente, formados, puesto que este tiende a estigmatizar a los más que el modelo psicosocial (Economou, et al. 2020).

El nivel mesosocial está asociado con aspectos del centro de salud. En este nivel encontramos, aunque la relación no es directa que los usuarios se dan cuenta cuando hay problemas con aspectos organizacionales y materiales de su atención en el centro de salud. Esto podría contribuir a que no se sientan cómodos en su proceso de atención. En investigaciones se ha visto que los usuarios perciben cuando los trabajadores no están satisfechos con aspectos de su trabajo, al no estar conformes con su ambiente laboral puede que la calidad de atención se vea afectada y esto puede contribuir a la estigmatización (An, et al., 2011; Verhaeghe & Bracke, 2012). Asimismo, cuando los funcionarios están constantemente bajo presión pueden desarrollar signos de burn out, agotamiento emocional, despersonalización y fatiga por compasión, lo que puede conducir a tener actitudes negativas en su trabajo y hacia los usuarios (Koutra, et al., 2021; Solmi, et al., 2020).

El nivel microsocio está vinculado con los factores de los sujetos que pueden contribuir al estigma. En este caso influyen características del usuario como el aspecto físico, verse distinto, es decir que se note el trastorno contribuye al estigma. Otros estudios también han encontrado que el aspecto influye, puesto que los usuarios comentan que hay diagnósticos que son visibles y estos tienden a ser más estigmatizados, como en el caso del consumo de sustancias y la esquizofrenia (Dabby et al., 2015; Hsiao et al.,

2015; Valery y Prouteau, 2020). Por otra parte, hay características de las personas que estigmatizan, incluyendo al personal de salud mental, que influirían; destaca la falta de empatía hacia quienes tienen un trastorno mental y la falta de formación sobre salud mental. La población general, e incluso el personal de salud mental requiere educarse para poder mantener un trato respetuoso hacia las personas con trastornos mentales. Se ha visto que la falta de empatía contribuye al estigma. En esta línea se postula que quienes tengan experiencias de problemas de salud mental o gente de su entorno con estos, tenderá a tener más actitudes positivas (Stuber, et al., 2014; Waugh, et al., 2017). Asimismo, el personal de salud mental que pase más horas a la semana con los usuarios tenderá a mostrar actitudes positivas hacia ellos y presentará menor distanciamiento social (Bizumic, et al., 2022; Dabby, et al., 2015). En cuanto a la falta de educación, esta también está presente dentro de las acciones para combatir el estigma, Se encontró que la educación, desde pequeños es relevante, debido a que al educar en el ámbito emocional desde edad temprana puede formar personas más empáticas. Asimismo, incorporar cursos y capacitaciones constantemente al personal de salud mental para disminuir el estigma. Esto último se postula desde hace décadas, recalcando la importancia de la capacitación y campañas antiestigma para disminuir la discriminación en salud mental (Mirabi, et al., 1985). En actualidad se reafirma la necesidad de formar profesionales con actitudes positivas hacia los usuarios (Valverde-Bolivar, et al., 2022).

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra que la muestra fue por conveniencia. Esto puede contribuir a un sesgo, debido a que aquellos usuarios con una visión más negativa de su atención y de la experimentación de estigma puede haberse negado a participar. Asimismo, si bien el tamaño total de la muestra fue considerable, el tamaño por centro de salud fue reducido, por lo que la comparación entre centros se vio dificultada, hubiese sido necesario una cantidad de entrevistas mayor por cada dispositivo para identificar diferencias relevantes.

Respecto a líneas futuras de investigación, se requiere ahondar más en la infantilización, para saber cómo se presenta de forma sutil y si el personal de salud mental se da cuenta que la ejerce.

En resumen, se pudo conocer la conceptualización de estigma que tienen los usuarios de salud mental, siendo esta prejuicios y exclusión social. Asimismo, se aprecia que los usuarios, en general, evalúan positivamente la atención entregada, no obstante, se presenta estigma. Además, notan diferencias por profesionales, viendo actitudes más positivas en profesionales del área psicosocial. También, se encontraron leves diferencias por centros, como que hay ambivalencia en la atención y se presenta infantilización hacia el usuario. Por último, las dimensiones que se relacionan con el estigma se pueden presentar desde un modelo ecosistémico, analizando los tres niveles: macrosocial, mesosocial y microsocioal.

## **Conclusión**

Se puede concluir, que, pese al buen trato señalado por los usuarios, el estigma sigue estando presente en los centros de atención de salud mental en Chile. Este parece presentarse en forma más sutil, como la infantilización de los consultantes, lo que hace más compleja su percepción, e incluso puede ser evaluado positivamente por los usuarios, pues ven en ello cercanía.

Se sugiere que en los equipos de salud se problematice las formas de discriminación, esto se puede realizar mediante jornadas, capacitaciones u otras instancias, pues como se ha visto en esta investigación la información es importante para la reducción del estigma.

## Referencias

- Abdulla, A., Webb, H., Mahmmod, Y., & Dalky, H. (2022). Beliefs and attitudes of health care professionals toward mental health services users' rights: A cross-sectional study from the United Arab Emirates. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 2022(15), 2177-2188. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s379041>
- Abel, K., Drake, R., & Goldstein, J. (2010). Sex differences in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 417–428. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.515205>
- Acosta, M. P. J., Charry, M. P. C., Restrepo, J. M. U., Cepeda, M., Cubillos, L., Bartels, S. M., Castro, S., Marsch, L., & Gómez-Restrepo, C. (2021). Caracterización del estigma percibido hacia la salud mental en la implementación de un modelo de servicios integrados en atención primaria en Colombia. Un análisis cualitativo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50, 95-105. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.017>
- Albert, P. (2015). Why is depression more prevalent in women? *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 40(4), 219–221. <https://doi.org/10.1503/jpn.150205>
- Alexander, R. D. (1974). The Evolution of Social Behavior. *Annual Review of Ecology and Systematics*, 5(1), 325–383. <https://doi.org/10.1146/annurev.es.05.110174.001545>
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- An, J., Yom, Y. & Ruggiero, J. (2011). Organizational Culture, Quality of Work Life, and Organizational Effectiveness in Korean University Hospitals. *Journal of*

*Transcultural Nursing*, 22(1), 22–30.

<https://doi.org/10.1177/1043659609360849>

Andersson, U., Fathollahi, J. & Gustin, L.W. (2020). Nurses' experiences of informal coercion on adult psychiatric wards. *Nursing Ethics*, 27(3), 741–753.

<https://doi.org/10.1177/0969733019884604>

Angermeyer, M., Daubmann, A., Wegscheider, K., Mnich, E., Schomerus, G., & Knesebeck, O. (2014). The relationship between biogenetic attributions and desire for social distance from persons with schizophrenia and major depression revisited. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(4), 335–341.

<https://doi.org/10.1017/s2045796014000262>

Angermeyer, M., Holzinger, A., Carta, M., & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: Systematic review of population studies. *British Journal of Psychiatry*, 199(5), 367–372.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085563>

Angermeyer, M., Millier, A., Rémuzat, C., Refaï, T., Schomerus, G., & Toumi, M. (2015). *Continuum beliefs and attitudes towards people with mental illness: Results from a national survey in France*. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(3), 297–303.

<https://doi.org/10.1177/0020764014543312>

Araneda, N., Sanhueza, P., Pacheco, G., & Sanhueza, A. (2021). Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: Riesgos relativos, tendencias y desigualdades. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45(4), 1-10.

<https://doi.org/10.26633/rpsp.2021.4>

Araten-Bergman, T., & Werner, S. (2017). Social workers' attributions towards individuals with dual diagnosis of intellectual disability and mental illness.

*Journal of Intellectual Disability Research*, 61(2), 155-167.  
<https://doi.org/10.1111/jir.12300>

Arbuckle, R., Berry, K., Taylor, J. y Kennedy, S. (2011). Adjuntos de usuarios de servicios a trabajadores y equipos psiquiátricos clave. *Psiquiatría social y epidemiología psiquiátrica*, 47(5), 817–825. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0388-2>

Archer, C. (1985). Social deviance in G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (3rd ed., Vol. 2, pp. 743-804). New York: Random House.

Arellano, M. & Castro, M. (2013). El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *DOAJ: Directory of Open Access Journals*, 21(42), 259-278.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-45572013000200011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572013000200011&lng=es&tlng=es).

Arntz, J., Trunce, S., Villarroel, G., Werner, K., & Muñoz, S. (2022). Relación de variables sociodemográficas con niveles de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 60(2), 156-166. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272022000200156>

Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., & Livaditis, M. (2009). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 44(8), 658-665.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-008-0481-3>

Asociación Americana de Psicología (2010). Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta. Asociación Americana de Psicología.

- Avery, J., Dixon, L., Adler, D., Oslin, D., Hackman, A., First, M., Goldman, B., Koh, S., Nossel, S., & Siris, S. (2013). Psychiatrists' attitudes toward individuals with substance use disorders and serious mental illness. *Journal of Dual Diagnosis*, 9(4), 322–326. <https://doi.org/10.1080/15504263.2013.835165>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A. H., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Bard, N. D., Antunes, B., Roos, C. M., Olschowsky, A., & De Pinho, L. B. (2016). Stigma and prejudice: the experience of crack users. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0852.2680>
- Baumann, A. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: The individual with mental illness as a “stranger”. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 131–135. <https://doi.org/10.1080/09540260701278739>
- Baumeister, R., & Tice, D. (1990). Anxiety and social exclusion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(2), 165–195. <https://doi.org/10.1521/jscp.1990.9.2.165>
- Bergey, M. (2018). The changing drivers of medicalization in B. Cohen (Ed.), *Routledge International of Critical Mental Health*. Routledge.
- Bizumic, B., Gunningham, B., & Christensen, B. (2022). Prejudice towards people with mental illness, schizophrenia, and depression among mental health professionals and the general population. *Psychiatry Research*, 317. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114817>
- Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: A cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and

- somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 22(1), 170–177.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x>
- Bos, A., Pryor, J., Reeder, G., & Stutterheim, S. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1–9.  
<https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>
- Boyatzis, R. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Sage Publications, Inc.
- Boyd, J., Adler, E., Otilingam, P., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221–231. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>
- Boyd, R., & Richerson, P. J. (1992). Punishment allows the evolution of cooperation (or anything else) in sizable groups. *Ethology and Sociobiology*, 13(3), 171–195. [https://doi.org/10.1016/0162-3095\(92\)90032-y](https://doi.org/10.1016/0162-3095(92)90032-y)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.  
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós Ibérica.
- Burns, T., Catty, J., White, S., Clement, S., Ellis, G., Jones, I., Lissouba, P., McLaren, D., & Wykes, T. (2009). Continuity of care in mental health: Understanding and measuring a complex phenomenon. *Psychological Medicine*, 39(2), 313–323.  
<https://doi.org/10.1017/s0033291708003747>
- Burton, J. (1990). *Conflict: Human Needs Theory*. Macmillan Press Ltd., Houndmills.
- Camp, D., Finlay, W., & Lyons, E. (2002). Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health

- problems. *Social Science & Medicine*, 55(5), 823–834.  
[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00205-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00205-2)
- Campbell, C., & Deacon, H. (2006). Unravelling the contexts of stigma: From internalisation to resistance to change. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16(6), 411–417. <https://doi.org/10.1002/casp.901>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C. & Herazo, E. (2014). Estigma: Barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-167.  
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>
- Caqueo-Urizar, A., Ponce-Correa, F., Fond, G., & Boyer, L. (2022). Necesidad de apoyo psicológico y etnicidad en personas diagnosticadas con Esquizofrenia: La importancia del componente subjetivo en el abordaje del estigma internalizado. *Terapia psicológica*, 40(3), 417-434.  
<https://doi.org/10.4067/s0718-48082022000300417>
- Cárcamo, K., Cofré, I., Flores, G., Lagos, D., Oñate, N., & Grandón, P. (2019). Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. *Psicoperspectivas*, 18(2), 1-11.  
<https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1582>
- Carrara, B., Ventura, C., Bobbili, S., Jacobina, O., Khenti, A., & Mendes, I. (2019). Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 311-318.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.006>
- Carrasco, J., & Yuing, T. (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*, 13(2), 98-108.  
<https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-415>

- Chambers, M., Gallagher, A., Borschmann, R., Gillard, S., Turner, K., & Kantaris, X. (2014). The experiences of detained mental health service users: Issues of dignity in care. *BMC Medical Ethics*, *15*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-50>
- Charles, J. (2013). Mental health provider-based stigma: Understanding the experience of clients and families. *Social Work in Mental Health*, *11*(4), 360–375. <https://doi.org/10.1080/15332985.2013.775998>
- Charlson, F., Van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30934-1)
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J., & Thornicroft, G. (2014). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, *45*(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/s0033291714000129>
- Colegio de Psicólogos de Chile (2012). Código de ética Profesional. Colegio de Psicólogos de Chile.
- Cook, J., Purdie-Vaughns, V., Meyer, I., & Busch, J. (2014). Intervening within and across levels: A multilevel approach to stigma and public health. *Social Science & Medicine*, *103*(1), 101–109. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.023>
- Cooke, R., & Rousseau, D. (1988). Behavioral norms and expectations: A quantitative approach to the assessment of organizational culture. *Group &*

- Organization Studies*, 13(3), 245–273.  
<https://doi.org/10.1177/105960118801300302>
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry: Official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 16–20. <https://europepmc.org/article/PMC/1489832>
- Corrigan, P., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179–190. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001>
- Cova, F. (2021). ¿Problemas de salud mental o trastornos mentales? Una distinción ilusoria. *Praxis Psy*, 22(36), 23-37.  
<https://doi.org/10.32995/praxispsy.v22i36.173>
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 398(1), 1700-1712.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Crandall, C. S., & Eshleman, A. (2003). A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice. *Psychological Bulletin*, 129(3), 414–446. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.3.414>
- Cremonini, V., Pagnucci, N., Giacometti, F., & Rubbi, I. (2018). Health Care Professionals Attitudes Towards Mental Illness: Observational Study Performed at a Public Health Facility in Northern Italy. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.007>
- Creswell, J. (2013) *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. SAGE Publications, Inc., London.

- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma in D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (pp. 504–553). McGraw-Hill.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. in D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of socialpsychology* (pp. 504-553). Boston: McGraw-Hill.
- Da Conceição Soares Martins, G., De Almeida Peres, M., De Oliveira, A. M. B., Stipp, M., & De Almeida Filho, A. (2013). The stigma of mental illnesses and the therapeutic residences in the town of Volta Redonda-RJ. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(2), 327-334. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072013000200008>
- Dabby, L., Tranulis, C., & Kirmayer, L. (2015). Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Psychiatrists toward People with Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(10), 451-459. <https://doi.org/10.1177/070674371506001006>
- Dahlqvist, P., Schön, U., Rosenberg, D., Sandlund, M. y Svedberg, P. (2015). Experiencias de participación de los usuarios de servicios en la toma de decisiones en los servicios de salud mental. *Revista de enfermería psiquiátrica y de salud mental*, 22(9), 688–697. <https://doi.org/10.1111/jpm.12246>
- Darwin, C. (1859). *On the origin of species*. London: Murray
- De Jager, J., Cirakoglu, B., Nugter, A., & Van Os, J. (2017). Intimacy and its barriers: A qualitative exploration of intimacy and related struggles among people

diagnosed with psychosis. *Psychosis*, 9(4), 301–309.  
<https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1330895>

De Mendonça, C. (2004). The reduction of stigma and discrimination against older people with mental disorders: A challenge for the future. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38(9), 109–120.  
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2004.04.018>

De Mendonça, C. A., Levav, I., Jacobsson, L., & Rutz, W. (2003). Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(8), 679–682.  
<https://doi.org/10.1002/gps.877>

De Sousa Nóbrega, M., Fernandes, C., Zerbetto, S., Sampaio, F., Carvalho, J. & Da Silva Chaves, S. (2021). Primary health care nurses: Attitudes towards the person with mental disorder. *Revista gaúcha de enfermagem*, 1(1), 16-20.  
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200088>

Deans, C., & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 21(1), 43–49. <https://doi.org/10.5172/conu.2006.21.1.43>

Deaux, K., & Major, B. (1987). Putting gender into context: An interactive model of gender-related behavior. *Psychological Review*, 94(3), 369–389.  
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.369>

Del Olmo-Romero, F., González-Blanco, M., Sarró, S., Grácio, J., Martín-Carrasco, M., Martínez-Cabezón, A., Perna, G., Pomarol-Clotet, E., Varandas, P., Ballesteros-Rodríguez, J., Rebolleda-Gil, C., Vanni, G., & González-Fraile, E. (2018). Mental health professionals' attitudes towards mental illness:

- Professional and cultural factors in the INTER NOS study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(3), 325-339. <https://doi.org/110.1007/s00406-018-0867-5>
- Delker, E., Brown, Q. L., & Hasin, D. S. (2016). Alcohol consumption in demographic subpopulations: An Epidemiologic overview. *Alcohol Research*, 37(2), 7-15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872616/>
- Demoulin, S., Cortes, B., Viki, T., Rodriguez, A., Rodriguez, R., Paladino, M., & Leyens, J. (2009). The role of in-group identification in infra-humanization. *International Journal of Psychology*, 44(1), 4–11. <https://doi.org/10.1080/00207590802057654>
- Des Courtis, N., Lauber, C., Costa, C. & Cattapan-Ludewig, K. (2008). Creencias sobre los enfermos mentales: un estudio comparativo entre profesionales de la salud en Brasil y en Suiza. *Revista internacional de psiquiatría*, 20(6), 503–509. <https://doi.org/10.1080/09540260802565125>
- Desviat. (2007). Vigencia del modelo comunitario en salud mental: Teoría y práctica. *Psiquiatria Comunitaria*, 3(1), 88-96. <https://www.discapacidadesiquica.cl/wp-content/uploads/2022/07/Vigencia-del-modelo-comunitario-en-salud-mental-Manuel-Desviat.pdf>
- Desviat. (2008). De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental. *Norte de Salud Mental*, 7(31), 45-51. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830495>
- Dickens, G., Ion, R. M., Waters, C., Atlantis, E., & Everett, B. (2019). Mental health nurses' attitudes, experience, and knowledge regarding routine physical healthcare: Systematic, integrative review of studies involving 7,549 nurses

working in mental health settings. *BMC Nursing*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0339-x>

Dorner, T., & Mittendorfer-Rutz, E. (2017). Socioeconomic inequalities in treatment of individuals with common mental disorders regarding subsequent development of mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(8), 1015-1022. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1389-6>

Druetta, I., Ceresa, M. & Leiderman, E. (2013). Actitudes de los profesionales de la Salud Mental hacia las personas con esquizofrenia. *Vértice (Buenos Aires, Argentina)*, 24(110), 245–252. <https://es.scribd.com/document/458455579/actitudes-de-los-profesionales-de-la-salud-mental-hacia-las-personas-con-esquizofrenia-Druetta-Ceresa-Leiderman-VERTEX-Rev-Arg-de-Psiquiat-2013>

Economou, M., Peppou, L., Kontoangelos, K., Palli, A., Tsaliagkou, I., Legaki, E., Gournellis, R. Papageorgiou, C. (2019). Mental health professionals' attitudes to severe mental illness and its correlates in psychiatric hospitals of Attica: The role of workers' empathy. *Community Mental Health Journal*. 56(1), 615-625. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00521-6>

Elstad, T., & Eide, A. (2009). User participation in community mental health services: Exploring the experiences of users and professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 674–681. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00660.x>

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

- Flanagan, E., Miller, R., & Davidson, L. (2009). "Unfortunately, we treat the chart:" Sources of stigma in mental health settings. *Psychiatric Quarterly*, 80(1), 55–64. <https://doi.org/10.1007/s11126-009-9093-7>
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Ariel, Buenos Aires.
- Fresán, A., Robles-García, R., Martínez-López, N., Tovilla-Zárate, C., & Chacón-Madrigal, E. (2018). Stigma and perceived aggression towards schizophrenia in female students of medicine and psychology. *Salud Mental*, 41(5), 207-212. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2018.031>
- Fung, K., Tsang, H., Corrigan, P., Lam, C. & Cheng, W. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recover. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(5), 408–418. <https://doi.org/10.1177/0020764007078342>
- Gale, C., Baldwin, L., Staples, V., Montague, J., & Waldram, D. (2012). An exploration of the experience of mental health service users when they decide they would like to change or withdraw from prescribed medications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(10), 853–859. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01860.x>
- Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Mendoza-Contreras, L., Calderillo-Ruíz, G. & Meneses-García, A. (2020). Symptoms of anxiety and depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population. *Gaceta de México*, 156(4), 294-301. <https://doi.org/10.24875/gmm.m20000399>

- Gallagher, A., Arber, A., Chaplin, R., & Quirk, A. (2010). Service users' experience of receiving bad news about their mental health. *Journal of Mental Health, 19*(1), 34–42. <https://doi.org/10.3109/09638230903469137>
- García-Cabeza, I., Valenti, E., & Calcedo, A. (2017). Perception and use of informal coercion in outpatient treatment: A focus group study with mental health professionals of Latin culture. *Salud Mental, 40*(2), 63-70. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2017.009>
- Gary, F. A. (2005). Stigma: Barrier to mental health care among ethnic minorities. *Issues in Mental Health Nursing, 26*(10), 979–999. <https://doi.org/10.1080/01612840500280638>
- Getnet, A., Sintayehu, M., Iyasu, A. S., Afenigus, A. D., Haile, D., & Amha, H. (2022). Stigma and determinant factors among patients with mental disorders: Institution-based cross-sectional study. *SAGE Open Med, 10*(24), 1-8. <https://doi.org/10.1177/20503121221136400>
- Goffman, E. (1963). *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grausgruber, A., Meise, U., Katschnig, H., Schöny, W., & Fleischhacker, W. (2007). Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: A comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 115*(4), 310–319. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-158210.1111/j.1600-0447.2006.00882.x>
- Green, A., Albanese, B., Shapiro, N., & Aarons, G. (2014). The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health

- service providers. *Psychological Services*, 11(1), 41–49.  
<https://doi.org/10.1080/0265053090352882110.1037/a0035299>
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1981). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *Educational Communication and Technology Journal*, 30(4), 233-252. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:143227658>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? *Field Methods*, 18(1), 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822x05279903>
- Gupta, S., Kumar, A., Kathiresan, P., Pakhre, A., Pal, A., & Singh, V. (2024). Mental health stigma and its relationship with mental health professionals: A narrative review and practice implications. *Indian Journal Of Psychiatry*, 66(4), 336-346. [https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\\_412\\_23](https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_412_23)
- Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney, J., Couperthwaite, L., Matthews, J., Barret, K., Warren, S. J., Corker, E., Rose, D. V., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2016). Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(446), 14-22. <https://doi.org/10.1111/acps.12611>
- Hana, R., Arnous, M., Heim, E., Aeschlimann, A., Koschorke, M., Hamadeh, R., Thornicroft, G., Kohrt, B., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., & El-Chammy, R. (2022). Mental health stigma at primary health care centres in Lebanon: Qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 16(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00533-y>
- Hanafiah, A. & Van Bortel, T. (2015). Una exploración cualitativa de las perspectivas de los profesionales de la salud mental sobre el estigma y la discriminación de las enfermedades mentales en Malasia. *Revista Internacional de Sistemas*

*de Salud Mental*, 9(1), 1-12.

<https://doi.org/10.1080/0265053090352882110.1186/s13033-015-0002-1>

Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2011). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: ¿Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 48–54.

<https://doi.org/10.1080/0265053090352882110.1177/0020764011423176>

Harangozo J., Reneses B., Brohan E., Sebes, J., Csukly, G., López-Ibor, J., Sartorius, N., Rose, D., & Thornicroft, G. (2014) Estigma y discriminación contra las personas con esquizofrenia relacionados con los servicios médicos. *Revista Internacional de Psiquiatría Social*. 60(4), 359-366.

<https://doi.org/10.1177/0020764013490263>

Hatzenbuehler, M., Phelan, J, & Link, B. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813–821. <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.301069>

Hemmens, C., Miller, M., Burton, V., & Milner, S. (2002). The consequences of official labels: An examination of the rights lost by the mentally ill and mentally incompetent ten years later. *Community Mental Health Journal*, 38(2), 129–140. <https://doi.org/10.1023/a:1014543104471>

Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63(4), 905–925. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x>

- Hinshaw, S., & Stier, A. (2008). *Stigma as Related to Mental Disorders*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 367–393.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245>
- Hocking B. (2003). Reducing mental illness stigma and discrimination - everybody's business. *The Medical Journal of Australia*, 178(9), 45–78.  
<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05306.x>
- Holzinger, A., Beck, M., Munk, I., Weithaas, S., & Angermeyer, M. (2003). Stigma as perceived by schizophrenics and depressives. *Psychiatrische Praxis*, 30(7), 395-401. <https://doi.org/10.1055/s-2003-43251>
- Hsiao, C., Lu, H., & Tsai, Y. (2015). Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 272–280. <https://doi.org/10.1111/inm.12129>
- Jara-Ogeda, R., Legües, D. L., & Grandón, P. (2022). Stigmatization of people diagnosed with a mental disorder in secondary mental health centers in Chile: An ethnographic study. *Journal of Community Psychology*, 50(8), 3307-3324.  
<https://doi.org/10.1002/jcop.22838>
- Johnson, G., Scholes, K. and Whittington, R. (2008). *Exploring Corporate Strategy: Text and Cases*. Prentice Hall, Harlow.
- Johnson, S., & Kuhlmann, R. (2000). The European Service Mapping Schedule (ESMS): Development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(405), 14–23.  
<https://doi.org/10.1111/j.0902-4441.2000.t01-1-acp28-03.x>
- Junna, L., Moustgaard, H., & Martikainen, P. (2022). Current unemployment, unemployment history, and mental health: A fixed-effects model approach.

*American Journal of Epidemiology*, 191(8), 1459-1469.  
<https://doi.org/10.1093/aje/kwac077>

Kadri, N., & Sartorius, N. (2005). The global fight against the stigma of schizophrenia. *PLOS Medicine*, 2(7), 136-140. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020136>

Kaggwa, M., Acai, A., Rukundo, G., Harms, S., & Ashaba, S. (2021). Patients' perspectives on the experience of absconding from a psychiatric hospital: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03382-0>

Kaitz, J., Steinhilber, K., & Harris, J. (2021). Influence of provider gender on mental health stigma. *Community Mental Health Journal*, 58(3), 536-540. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00849-y>

Kato, Y., Chiba, R., Yamaguchi, S., Goto, K., Umeda, M., & Miyamoto, Y. (2021). Association between Work Environments and Stigma towards People with Schizophrenia among Mental Health Professionals in Japan. *Healthcare*, 9(2), 1-11. <https://doi.org/10.3390/healthcare9020107>

Kingdon, D., Sharma, T., & Hart, D. (2004). ¿Qué actitudes tienen los psiquiatras hacia las personas con enfermedades mentales? *Boletín psiquiátrico*, 28(11), 401-406. <https://doi.org/10.1192/pb.28.11.401>

Kisely, S., Campbell, L. A., & Wang, Y. (2009). Treatment of ischaemic heart disease and stroke in individuals with psychosis under universal healthcare. *British Journal of Psychiatry*, 195(6), 545-550. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.067082>

- Kleinman, A. (1999). Experience and its moral modes: Culture, human conditions, and disorder in G. Peterson (Ed.), *The tanner lectures on human values*, (Vol. 20, pp. 357–420). Salt Lake City: University of Utah Press.
- Klerman, G. (1978). The evolution of a scientific nosology in Shershow, J (Ed). *Schizophrenia: Science and Practice* (pp. 99-121). Harvard University Press
- Koutra, K., Mavroeides, G., & Triliva, S. (2021). Mental health professionals' attitudes towards people with severe mental illness: Are they related to professional quality of life? *Community Mental Health Journal*, 58(4), 701-712. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00874-x>
- Kurzban, R., & Leary, M. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127(2), 187–208. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.187>
- Kvaale, E., Haslam, N., & Gottdiener, W. (2013). The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 782-794. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.06.002>
- Lakeman, R., McGowan, P., MacGabhann, L., Parkinson, M., Redmond, M., Sibitz, I., Stevenson, C., & Walsh, J. (2012). Un estudio cualitativo que explora las experiencias de discriminación asociadas con problemas de salud mental en Irlanda. *Epidemiología y Ciencias Psiquiátricas*, 21(3), 271–279. <https://doi.org/10.1017/s2045796012000017>
- Lanfredi, M., Macis, A., Ferrari, C., Rillosi, L., Ughi, E. C., Fanetti, A., Younis, N., Cadei, L., Gallizioli, C., Uggeri, G., & Rossi, R. (2019). Effects of education and social contact on mental health-related stigma among high-school

- students. *Psychiatry Research-neuroimaging*, 281(1), 1-9.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112581>
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rossler, W. (2006). *Do mental health professionals stigmatize their patients? Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(429), 51–59. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x>
- León-Rubio, J. (2006). *Del modelo biomédico al modelo biopsicosocial: Bases para la construcción de una psicología social de la salud*. Universidade Luisiada Editora.
- Linden, M. y Kavanagh, R. (2011). Actitudes de enfermeras de salud mental calificadas vs. estudiantes hacia un individuo diagnosticado con esquizofrenia. *Revista de Enfermería Avanzada*, 68(6), 1359–1368.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05848.x>
- Link, B. & Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B., Struening, E., Neese, T., Asmussen, S., & Phelan, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(2), 1621-1626.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1621>
- Lo, L., Suen, Y., Chan, S., Sum, M., Charlton, C., Hui, C., Lee, L., Chang, W., & Chen, E. (2021). Sociodemographic correlates of public stigma about mental illness: A population study on Hong Kong's Chinese population. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03301-3>
- Loch, A., Guarniero, F., Lawson, F., Hengartner, M., Rössler, W., Gattaz, W., & Wang, Y. (2013). Stigma toward schizophrenia: Do all psychiatrists behave

the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-92>

Looi, G., Gabrielsson, S., Savenstedt, S. & Zingmark, K. (2014). Solving the staff's problem or meeting the patients' needs: Staff members' reasoning about choice of action in challenging situations in psychiatric inpatient care. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(6), 470–479. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.879629>

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es&tlng=es).

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es&tlng=es).

Lyons, C., Hopley, P., & Horrocks, J. (2009). Una década de estigma y discriminación en la salud mental: Cuanto más cambian las cosas, más permanecen igual. *Revista de enfermería psiquiátrica y de salud mental*, 16(6), 501–507. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01390.x>

- Magallares, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: Discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*, 13(2), 7-17. <https://raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/view/10.5565-rev-psicologia.816/333076>
- Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Marasco, C., Maj, M., (2004). Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: A comparison with patients' relatives and psychiatrists. *Int. J. Soc. Psychiatry* 50(1), 319–330. <https://doi.org/10.1177/0020764004046073>
- Maier, T., Moergeli, H., Kohler, M., Carraro, G. E., & Schnyder, U. (2015). Mental health professionals' attitudes toward patients with PTSD and depression. *European Journal Of Psychotraumatology*, 6(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28693>
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 393–421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.09137>
- Mascayano T., Tapia M., & Gajardo J. (2015a). Estigma hacia la demencia: Una revisión. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 53(3), 187–195. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272015000300006>
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., & Manchego, C. (2015b). Estigma hacia los trastornos mentales: Características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.007>
- McCann, E. (2010). Investigating mental health service user views regarding sexual and relationship issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(3), 251–259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01509.x>

- McGrath, R., Marino, R., & Satur, J. (2021). Oral health promotion practices of Australian community mental health professionals: A cross sectional web-based survey. *BMC Oral Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01438-x>
- Medina, M., Layne, B., Galeano, M., & Lozada, C. (2007) Lo psicosocial desde una perspectiva holística. *Revista Tendencia & Retos*, 12, (1), 177-189. <https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1067&context=te>
- Mejía-Lancheros, C., Woodhall-Melnik, J., Wang, R., Hwang, S., Stergiopoulos, V., & Durbin, A. (2021). Associations of resilience with quality of life levels in adults experiencing homelessness and mental illness: A longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01713-z>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). Segundo Estudio Nacional de Discapacidad. Servicio Nacional de la Discapacidad.
- Ministerio de Salud (2017). Encuesta nacional de salud 2016-2017. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2005). Modelo de atención integral en salud. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2015). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: Dirigido a equipos de salud. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2018). Modelo de gestión red temática de salud mental en la red general de salud 2018. Ministerio de Salud.

- Mirabi, M., Weinman, M. L., Magnetti, S. M., & Keppler, K. N. (1985). *Professional attitudes toward the chronic mentally ill. Psychiatric Services, 36*(4), 404–405. <https://doi.org/10.1176/ps.36.4.404>
- Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta-analysis. *The Lancet, 374*(9690), 609-619. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60879-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60879-5)
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N., Jin, R., Druss, B., Wang, P., Wells, K., Pincus, H., & Kessler, R. (2010). Barriers to mental health treatment: Results from the national comorbidity survey replication. *Psychological Medicine, 41*(8), 1751-1761. <https://doi.org/10.1017/s0033291710002291>
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Latinoamericana*. Buenos Aires: Aidós.
- Morandi, S., Silva, B., Rubio, M. M., Bonsack, C., & Golay, P. (2021). Mental health professionals' feelings and attitudes towards coercion. *International Journal Of Law And Psychiatry, 74*, 101665. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101665>
- Morphet, J., Innes, K., Munro, I., O'Brien, A., Gaskin, C. J., Reed, F., & Kudinoff, T. (2012). Managing people with mental health presentations in emergency departments - A service exploration of the issues surrounding responsiveness from a mental health care consumer and carer perspective. *Australasian Emergency Nursing Journal, 15*(3), 148–155. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2012.05.003>
- Munro, S., & Baker, J. (2007). Surveying the attitudes of acute mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*(2), 196–202. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01063.x>

- Nakkeeran, N., & Nakkeeran, B. (2018). Disability, mental health, sexual orientation and gender identity: Understanding health inequity through experience and difference. *Health Research Policy and Systems*, 16(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0366-1>
- Nascimento, L., & Leão, A. (2019). Estigma social e estigma internalizado: A voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História Ciências Saúde-Manguinhos*, 26(1), 103-121. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702019000100007>
- Nasrallah, H., Meyer, J., Goff, D., McEvoy, J., Davis, S., Stroup, T., & Lieberman, J. (2006). Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: Data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophrenia Research*, 86(1-3), 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.06.026>
- Navarro, N., & Trigueros, [8] R. (2019). Estigma en los profesionales de la salud mental: Una revisión sistemática. *Psychology, Society & Education*, 11(2), 253-266. <https://doi.org/10.25115/psye.v10i1.2268>
- Nazar, G., Gatica-Saavedra, M., Provoste, A., Leiva, A. M., Martorell, M., Ulloa, N., Petermann-Rocha, F., Troncoso-Pantoja, C., & Celis-Morales, C. (2021). Factores asociados a depresión en población chilena. Resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. *Revista médica de Chile*, 149(10), 1430-1439. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021001001430>
- Neuberg, S., Smith, D., & Asher, T. (2000). Why people stigmatize: Toward a biocultural framework in T. Heatherton, R. Kleck, M. Hebl, & J. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 31–61). The Guilford Press.

- Neuberg, S., Smith, D., Hoffman, J., & Russell, F. (1994). When we observe stigmatized and “normal” individuals interacting: Stigma by association. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(2), 196–209. <https://doi.org/10.1177/0146167294202007>
- Nordt, C., Rossler, W., & Lauber, C. (2005). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709–714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- O'Regan, C., & Ryan, M. (2009). *Patient satisfaction with an emergency department psychiatric service. International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(5), 525–534. <https://doi.org/10.1108/09526860910975616>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Capítulo 6 Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Atlas de Salud Mental 2020*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Organización Panamericana de la Salud.

- Ori, D., Szocsics, P., Molnár, T., Motlova, L. B., Kazakova, O., Mörkl, S., Wallies, M., Abdulhakim, M., Boivin, S., Bruna, K., Cabaços, C., Carbone, E. A., Dashi, E., Grech, G., Greguras, S., Ivanovic, I., Guevara, K., Kakar, S., Kotsis, K., . . . Rózsa, S. (2023). Attitudes of psychiatrists towards people with mental illness: A cross-sectional, multicentre study of stigma in 32 European countries. *EClinicalMedicine*, *66*, 102342. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102342>
- Ostman, M. (2014). Low satisfaction with sex life among people with severe mental illness living in a community. *Psychiatry Research*, *216*(3), 340–345. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.009>
- Overton, S., & Medina, S. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling & Development*, *86*(2), 143–151. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x>
- Packer, S., Prendergast, P., Wasylenki, D., Toner, B., & Ali, A. (1994). *Psychiatric residents' attitudes toward patients with chronic mental illness*. *Psychiatric Services*, *45*(11), 1117–1121. <https://doi.org/10.1176/ps.45.11.1117>
- Palacios, L., Bermúdez-Román, V., Bran-Piedrahita, L. & Posada-Zapata, I. C. (2015). Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Salud Pública de México*, *57*(3), 252-260. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i3.7564>
- Pantoja, C., Martínez, K., Jaramillo, J., & Restrepo, J. (2020). De la invisibilidad al continuum de homofobia: Barreras socioculturales para las familias LGBTI en Colombia. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, *19*(1), 1-13. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol19-issue1-fulltext-1758>

- Paradis-Gagné, E., Pariseau-Legault, P., Goulet, M., Jacob, J. D., & Lessard-Deschênes, C. (2021). Coercion in psychiatric and mental health nursing: A conceptual analysis. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 30(3), 590-609. <https://doi.org/10.1111/inm.12855>
- Paredes, N., Ribot, V., & Fernández, V. (2018). Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 705-719. <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v17n5/1729-519X-rhcm-17-05-705.pdf>
- Pavon, G., & Vaes, J. (2017). Bio-genetic vs. psycho-environmental conceptions of schizophrenia and their role in perceiving patients in human terms. *Psychosis*, 9(3), 245–253. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1311359>
- Penagos-Corzo, J., & Pintado, S. (2020). Evaluación del estigma hacia pacientes con cáncer: Una aproximación psicométrica. *Psicología y Salud*, 30(2), 153-160. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2650>
- Penn, D., & Martin, J. (1998). The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, 69(3), 235–247. <https://doi.org/10.1023/a:1022153327316>
- Phipps, E., & Bartholomew, K. (1985). Review of *The broken brain: The biological revolution in psychiatry*. *Family Systems Medicine*, 3(1), 114–116. <https://doi.org/10.1037/h0090156>
- Pryor, J., & Reeder, G. (2011). HIV-related stigma in B. Hall, J. Hall, & C. Cockerell (Eds.), *HIV/AIDS in the post-HAART era: Manifestations, treatment and epidemiology* (pp. 790-806). Shelton, Connecticut: PMPH-USA, Ltd.

- Pryor, J., Reeder, G., & Monroe, A. (2012). The infection of bad company: Stigma by association. *Journal of Personality and Social Psychology, 102*(2), 224–241. <https://doi.org/10.1037/a0026270>
- Putman, S. (2008). Mental illness: Diagnostic title or derogatory term? (attitudes towards mental illness) developing a learning resource for use within a clinical call centre. A systematic literature review on attitudes towards mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*(8), 684-693. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01288.x>
- Rathore, N., & Rajan, R. (2[9] 008). Current perspectives on stability of protein drug products during formulation, fill and finish operations. *Biotechnology Progress, 24*(3), 504-514. <https://doi.org/10.1021/bp070462h>
- Raveesh, B., Pathare, S., Noorthoorn, E., Gowda, G., Lepping, P., & Bunders-Aelen, J. (2016). Staff and caregiver attitude to coercion in India. *Indian Journal Of Psychiatry, 58*(6), 221. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196847>
- Reavley, N., Mackinnon, A., Morgan, A., & Jorm, A. (2013). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: A comparison of Australian health professionals with the general community. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 48*(5), 433–441. <https://doi.org/10.1177/0004867413500351>
- Redmond, C., Larkin, M., & Harrop, C. (2010). The personal meaning of romantic relationships for young people with psychosis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 15*(2), 151–170. <https://doi.org/10.1177/1359104509341447>
- Rose, G., Von Hippel, C., Brener, L., & Von Hippel, B. (2018). Attitudes of people working in mental health non-governmental organisations in Australia: A

- comparison with other mental health professionals. *Health Psychology Open*, 5(1), 205510291876541. <https://doi.org/10.1177/2055102918765413>
- Salinas-Oñate, N., Baeza-Rivera, M., Escobar, B., Coloma, J., & Carreño, M. (2018). Predictores culturales y psicológicos de la búsqueda de ayuda psicológica en estudiantes universitarios. *Cultura-hombre-sociedad*, 28(1), 79-101. <https://doi.org/hc9r>
- Salvador-Carulla, L., Romero C. Martinez, A., Haro, J., Bustillo, G., Ferreira. A., Gaité. L., Johnson, S., & PSICOST Group. (2000). Assessment instruments: Standardization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain. *Acta Psychiatr Scand*, 405(405):24-32. [https://doi.org/10.1111/j.0902-4441.2000.t01-1-acp28\[dash\]05.x](https://doi.org/10.1111/j.0902-4441.2000.t01-1-acp28[dash]05.x)
- SAMHSA. (2020). Results from the 2012 national survey on drug use and health: Summary of national findings. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sánchez Vidal, A. (2002). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Pearson.
- Sánchez, A. (1988). *Psicología comunitaria: Bases conceptuales y operativas. Métodos de Intervención*. Barcelona, PPU.
- Sapag, J., & Velasco, P. (2019). Estigma hacia los trastornos mentales y adicciones: Estudio en la atención primaria de Chile. *Atención Primaria*, 52(5), 361-363 <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.07.014>
- Sashidharan, S. P., Mezzina, R., & Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology And Psychiatric Sciences*, 28(6), 605-612. <https://doi.org/10.1017/s2045796019000350>
- Scheff, T. (1966). *Being mentally ill III: A sociological theory*. Chicago: Aldine.

- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry, 19*(2), 137–155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>
- Seo, M., Kim, S., & Rhee, M. (2012). Coercion in psychiatric care: Can paternalism justify coercion? *International Journal of Social Psychiatry, 59*(3), 217–223. <https://doi.org/10.1177/0020764011431543>
- Serafini, G., Pompili, M., Haghghat, R., Pucci, D., Pastina, M., Lester, D., Angeletti, G., Tatarelli, R., & Girardi, P. (2011). Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18*(7), 576–585. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01706.x>
- Servais, L. M., & Saunders, S. M. (2007). Clinical psychologists' perceptions of persons with mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(2), 214–219. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.2.214>
- Shahveysi, B., Shafti, S., Fadaei, F., & Doulatshahi, B. (2007). Comparison of mental illness stigmatization in families of schizophrenic and major depressive disorder patients without psychotic features. *Journal of Rehabilitation, 8*(29), 21-27. <https://www.semanticscholar.org/paper/COMPARISON-OF-MENTAL-ILLNESS-STIGMATIZATION-IN-OF-Shahveysi-Shafti/18e3ce276f36b775465ee2791e932dbf48de094f>
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Smith, D., Feng, Z., Fennell M., Zinn, J., Mor, V. (2007). Separate and unequal: Racial segregation and disparities in quality across US nursing homes. *Health*

*Affairs* (Millwood, Va.), 26(5), 1448–1458.  
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.5.1448>

Smith, J., Mittal, D., Chekuri, L., Han, X., & Sullivan, G. (2017). A comparison of provider attitudes toward serious mental illness across different health care disciplines. *Stigma and Health*, 2(4), 327–337.  
<https://doi.org/10.1037/sah0000064>

Smyth, W., Fielding, E., Beattie, E., Gardner, A., Moyle, W., Franklin, S., Hines, S., & MacAndrew, M. (2013). A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff. *BMC Geriatrics*, 13(1), 1-8.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-2>

Solmi, M., Granzio, U., Danieli, A., Frasson, A., Meneghetti, L., Ferranti, R., Zordan, M., Salvetti, B., Conca, A., Salcuni, S., & Zaninotto, L. (2020). Predictors of stigma in a sample of mental health professionals: Network and moderator analysis on gender, years of experience, personality traits, and levels of burnout. *European Psychiatry*, 63(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2019.14>

Sreeram, A., Cross, W., & Townsin, L. (2023). Mental Health Nurses' attitudes towards mental illness and recovery-oriented practice in acute inpatient psychiatric units: A non-participant observation study. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 32(4), 1112-1128. <https://doi.org/10.1111/inm.13152>

Sreeram, A., Cross, W., & Townsin, L. (2023). Mental Health Nurses' attitudes towards mental illness and recovery-oriented practice in acute inpatient psychiatric units: A non-participant observation study. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 32(4), 1112-1128. <https://doi.org/10.1111/inm.13152>

- Stafford, M., & Scott, R. (1998). Stigma, Deviance, and Social Control A Multidisciplinary View of Stigma in S. Ainsley, G. Becker, & L. Coleman (Eds.) *The Dilemma of Difference* (pp. 77–91). Plenum Press.
- Storm, M., & Davidson, L. (2010). Inpatients' and Providers' Experiences with User Involvement in Inpatient Care. *Psychiatric Quarterly*, 81(2), 111–125. <https://doi.org/10.1007/s11126-009-9122-6>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Stuber, J., Rocha, A., Christian, A., & Link, B. (2014). Conceptions of mental illness: Attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric Services*, 65(4), 490–497. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>
- Stutterheim, S., Bos, A., Pryor, J., Brands, R., Liebrechts, M., & Schaalma, H. (2011). Psychological and social correlates of HIV status disclosure: The significance of stigma visibility. *AIDS Education and Prevention*, 23(4), 382–392. <https://doi.org/10.1521/aeap.2011.23.4.382>
- Subu, M., Wati, D., Netrida, N., Priscilla, V., Dias, J., Abraham, M., Slewa-Younan, S., & Al-Yateem, N. (2021). Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: A qualitative content analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x>
- Sun, B., Fan, N., Nie, S., Zhang, M., Huang, X., He, H., & Rosenheck, R. (2014). Attitudes towards people with mental illness among psychiatrists, psychiatric nurses, involved family members and the general population in a large city in

Guangzhou, China. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 1-7.  
<https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-26>

Tay, S., Pariyasami, S., Ravindran, K., Ali, M., & Rowsudeen, M. (2004). Actitudes de las enfermeras hacia las personas con enfermedades mentales en un hospital psiquiátrico en Singapur. *Revista de enfermería psicosocial y servicios de salud mental*, 42(10), 40–47. <https://doi.org/10.3928/02793695-20041001-08>

Thornicroft, G., Alem, A., Dos Santos, R., Barley, E., Drake, R., Gregorio, G., Wondimagen, D. (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*, 9(2), 67–77. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00276.x>

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408–415. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61817-6)

Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276–286

Thornicroft, G., Semrau, M., Alem, A. & Drake, R. (2011). *Community mental health: Putting policy into practice globally*. Wiley-Blackwell.

Tooby, J., & Cosmides, L. (1992). The psychological foundations of culture in J. Barkow, L. Cosmides, & J. Tooby (Eds.), *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture* (pp. 19–136). Oxford University Press.

- Tooby, J., & Cosmides, L. (2005). Conceptual foundations of evolutionary psychology in D. Buss (Ed.), *The handbook of evolutionary psychology* (pp. 5–67). Hoboken: Wiley.
- Üçok, A., Polat, A., Sartorius, N., Erkoç, S., & Atakli, C. (2003). Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, *58*(1), 89-91. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2004.01198.x>
- Vaccari, P., Ramírez-Vielma, R., Saldivia, S., Cova, F., Vielma-Aguilera, A., Victoriano, V., Ulloa-Vidal, N., & Grandón, P. (2020). Stigma towards people with a diagnosis of severe mental disorder in primary healthcare centers: Perspectives of service users and health teams in Chile. *International Journal of Mental Health Systems*, *14*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-0340-5>
- Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, *290*(1), 1-26. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>
- Valverde-Bolivar, E., García-Arenas, J., López, I., Pérez-Gómez, L., Muñoz-López, M., & Simonelli-Muñoz, A. (2022). *Actas Españolas de Psiquiatría*, *50*(4), 178-86. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35867484/>
- Veiga de Cabo, J., Fuente, E., & Zimmermann, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: Conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, *54*(210), 81-88. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&tlng=es).

- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2012). *Associative Stigma among Mental Health Professionals*. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(1), 17–32. <https://doi.org/10.1177/0022146512439453>
- Vicente, B., Saldivia, S. & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: Salud mental mañana. *Acta bioethica*, 22(1), 51-61. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2016000100006>
- Wagner, L., Runte, A., Torres-González, F., & Bruce, M. (2011). Cuidado en salud mental: Percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciencia & Saude Coletiva*, 16(4), 2077-2087. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000400007>
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49–62. <https://doi.org/10.1002/jcop.20351>
- Wakefield, J.C. (2017). The measurement of mental disorder in T. Scheid y E. Wrigth (Eds.), *A Handbook for the Study of Mental Health* (pp. 20-44). Cambridge University Press.
- Walsh, D., & Foster, J. (2024). Understanding the public stigma of mental illness: A mixed-methods, multi-level, exploratory triangulation study. *BMC Psychology*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01887-3>
- Warner, J. (2004). Clinicians' guide to evaluating diagnostic and screening tests in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(6), 446-454.
- Waugh, W., Lethem, C., Sherring, S. y Henderson, C. (2017). Explorando experiencias y actitudes hacia la enfermedad mental y la divulgación entre los

- profesionales de la salud: Un estudio cualitativo. *Revista de Salud Mental*, 26(5), 457–463. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1322184>
- Weight, E. J., & Kendal, S. (2013). Staff attitudes towards inpatients with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 17(3), 34–38. <https://doi.org/10.7748/mhp2013.11.17.3.34.e827>
- Werner, P., & Giveon, S. (2008). Discriminatory behavior of family physicians toward a person with Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 20(4), 824–839. <https://doi.org/10.1017/s1041610208007060>
- World Medical Association. (2013). Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Bioètica & debat: Tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica*, 20(73), 15-18. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Yang, L., Kleinman, A., Link, B., Phelan, J., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64(7), 1524–1535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11013>
- Yavuz, K., Nalbant, A., Ulusoy, S., Esen, B., Burhan, H., & Kara, T. (2020). Burned out and avoided: Stigmatizing processes among psychiatrists. *Psychiatria Danubina*, 32(1), 463 – 470. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.463>
- Yuan, Q., Picco, L., Chang, S., Abdin, E., Chua, B. Y., Ong, S., Ong, S., Yow, K., Chong, S., & Subramaniam, M. (2017). Actitudes hacia las enfermedades mentales entre los profesionales de la salud mental en Singapur y comparaciones con la población general. *PLOS ONE*, 12(11), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187593>

- Zamorano, S., Sáez-Alonso, M., González-Sanguino, C., & Muñoz, M. (2023). Social stigma towards mental health problems in Spain: A systematic review. *Clínica y Salud*, 34(1), 23-34. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2023a5>
- Zaninotto, L., Rossi, G., Danieli, A., Frasson, A., Meneghetti, L., Zordan, M., Tito, P., Salvetti, B., Conca, A., Ferranti, R., Salcuni, S., & Solmi, M. (2018). Exploring the relationships among personality traits, burnout dimensions and stigma in a sample of mental health professionals. *Psychiatry Research-neuroimaging*, 264(1), 327-333. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.076>

## **Anexos**

### **1. Pauta de entrevista para usuarios de salud mental**

**Objetivo general de las entrevistas:** Explorar cómo se presenta el estigma en la atención de salud mental, considerando semejanzas y diferencias de acuerdo al rol (personal de salud, usuarios y gestores).

#### **Temas de la entrevista con usuarios:**

Rapport previo: Cómo llegó a la entrevista, agradecimiento, conversar sobre algún acontecimiento trivial del día, etc.

Antecedentes del entrevistado y su vinculación con el centro de salud mental en el que se atiende.

Cuéntame un poco sobre ti (nombre, edad, etc.) (evaluar si se puede tutear o no)

¿Qué diagnóstico tienes? ¿Hace cuánto que tienes este diagnóstico?  
¿recuerdas el día cuando te hablaron sobre este diagnóstico? ¿recuerdas que profesional fue?

¿Hace cuánto tiempo te atiendes en salud mental?

¿Hace cuánto tiempo te atiendes en el centro de salud al que asistes?

Proceso de atención y relación con el personal de salud mental.

¿Cómo ha sido tu atención de salud a lo largo de tu vida? ¿recuerdas alguna anécdota positiva? ¿alguna no tan positiva o buena? (recuerdos de tus primeras atenciones, tratamiento, evolución del proceso con el diagnóstico)

¿Qué tipo de profesionales te han atendido estos años? (diferenciar los roles: psicólogo/a, terapeuta ocupacional, psiquiatra, trabajador/a social, enfermera/o, etc.) ¿Siempre en el mismo centro, o en distintos?

¿Notas alguna diferencia entre uno y otro profesional que te ha atendido?  
¿Cuál/es?

¿Cómo te has llevado con esas personas que te han atendido? ¿con quienes mejor?, ¿con quienes no tanto? ¿te gustaría que fuese diferente? ¿Por qué?

¿notas si es que estos profesionales te tratan de diferente forma que, a otras personas, que tienen otras enfermedades o diagnósticos? ¿Por qué?

¿Recuerdas el tratamiento que llevas? ¿cómo te has sentido con ellos?  
¿notas si te han servido...en qué por ejemplo?

¿Cómo crees que los profesionales de salud mental te ayudan a estar mejor?  
¿has notado si en ocasiones los profesionales de salud mental han hecho algo que no te haya hecho bien?, ¿cómo has notado esto? ¿por qué crees que pasa?

Conceptualización del estigma y las formas en que lo ha experimentado en el centro de salud.

¿Qué es para ti la discriminación?

¿Alguna vez te has sentido discriminado/a en tu vida?

¿Me podrías contar cómo ha sido?

¿Por qué crees que te ha ocurrido esto?

¿En qué lugares te has sentido discriminado? (escuela, trabajo, espacio público, familia, comercio, etc.)

¿Alguna vez te has sentido/a discriminado en el centro de salud mental donde te atiendes?

¿Me podrías contar como ha sido?

¿Por qué crees que te ha ocurrido esto?

¿Has visto que otras personas del centro de salud mental sufran discriminación? Si es sí, ¿por parte de quién/es? ¿Por qué crees que estas personas han sido discriminadas?

Factores que podrían estar influyendo en la presencia de estigmatización.

¿Por qué pasará esto, lo de la discriminación en el centro de salud?

¿Cómo podría ser diferente? ¿cómo tendría que ser para que no haya discriminación aquí/allí?

¿Hay algo más que te gustaría decirme que aún no hayamos conversado?

¿algún mensaje que le gustaría dejar? ¿algún sueño sobre la salud mental en Chile?

## 2. Consentimiento informado



Universidad de Concepción  
Facultad de Ciencias Sociales - Departamento de Psicología



### Consentimiento Informado para los usuarios.

**Investigador responsable:** Dra. Pamela Grandón Fernández (pgrandon@udec.cl; Teléfono: +56 9 94 78 41 58)

**Co-investigadores:** Dra. Sandra Mabel Saldívar Bórquez (UdeC), Dr. Félix Cova Solar (UdeC), Dra. Gabriela Nazar Carter (UdeC), Dr. Claudio Bustos Navarrete (UdeC), Dra. Pamela Vaccari Jiménez (UdeC), Dra. Alejandra Carreño Calderón (UDD) y la Mg. Verónica Monreal Álvarez (UC).

**Patrocinador:** Departamento de Psicología, Universidad de Concepción

**Proyecto:** "Modelo teórico comprensivo de la estigmatización hacia personas con diagnóstico de trastorno mental en centros de salud mental de nivel secundario de atención: Un estudio mixto"

Estimado/a usuario/a:

Este documento le entregará toda la información que necesita para decidir su participación, de manera libre y voluntaria, en la investigación que le presentamos.

La investigación titulada "**Modelo teórico comprensivo de la estigmatización hacia personas con diagnóstico de trastorno mental en centros de salud mental de nivel secundario de atención: Un estudio mixto**", será realizada en Chile por el Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción y será financiada por la **Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID)**. La Investigadora Responsable es la Dra. Pamela Grandón Fernández, RUN 10.251.830-6 y Psicóloga del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción. El ámbito territorial de la investigación corresponde al Servicio de Salud Concepción, Talcahuano y Arauco de la Región del Biobío.

A continuación, se presenta información sobre la investigación, le solicitamos pueda leerla con detenimiento y en caso de dudas, realizar las consultas que estime convenientes con total libertad.



Universidad de Concepción  
Facultad de Ciencias Sociales - Departamento de Psicología



#### **OBJETIVO DEL ESTUDIO**

El propósito general de este estudio es elaborar un modelo que permita comprender el estigma, entendido como actitudes negativas y discriminación, hacia personas adultas con diagnóstico de trastorno mental en centros de salud mental del nivel secundario de atención.

La invitación a participar de esta investigación científica es debido a su condición de usuario del Servicio de Salud de Concepción, Talcahuano o Arauco, que tiene más de 18 años y se ha atendido en los últimos 6 meses en un centro de salud mental de este servicio.

Su participación implica tener disponibilidad para responder a una serie de preguntas durante una entrevista, de aproximadamente 60 minutos de duración, la cual se desarrollará en el lugar y día que se acuerde conjuntamente. La coordinación de las actividades estará a cargo de la Investigadora Responsable, Dra. Pamela Grandón Fernández.

#### **BENEFICIOS**

Su participación en el estudio no será recompensada de manera económica. Sin embargo, su colaboración resulta muy valiosa puesto que los resultados obtenidos serán de gran aporte para la comunidad científica, ya que contribuirá a entender cómo estigmatiza el personal de salud a las personas con diagnóstico de trastorno mental.

#### **RIESGOS**

Si decide participar, o no, es importante tener en cuenta que este estudio no conlleva más riesgos que los de dar a conocer aspectos de su vida privada los que se manejarán con la cautela y confidencialidad necesarias. Además, si al recordar eventos dolorosos producto de la entrevista, el participante presenta algún malestar psicológico, se le brindará la atención y orientación requerida por profesionales de la salud mental de la Clínica de



Universidad de Concepción  
Facultad de Ciencias Sociales - Departamento de Psicología

Atención Psicológica de la Universidad de Concepción y en caso necesario se contactará con su tratante.

#### **CONFIDENCIALIDAD DE LAS INFORMACIONES**

Toda la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no sean los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando los cuatro primeros números de la cédula de identidad y, por lo tanto, esa información se manejará de forma anónima. Los datos serán custodiados por la Investigadora Responsable y se almacenarán digitalmente con una contraseña. Se garantiza la privacidad de las opiniones y juicios emitidos por usted.

En caso de ser requerido por entidades reguladoras, como es el caso del Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción, se permitirá el acceso a la información para garantizar la idoneidad en el proceso de recolección y análisis de la información, además de verificar el cumplimiento de las normas éticas en la investigación, siempre resguardando la confidencialidad de los datos.

#### **PARTICIPACIÓN LIBRE Y VOLUNTARIA**

Su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria. No hay costos, incentivos económicos ni compensaciones por participar en esta investigación. Cuando deba concurrir al lugar acordado para la realización de la entrevista, le será cancelado el costo de los pasajes.

Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de la investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste. Su participación no afecta su atención habitual en su centro de salud de referencia. Si usted retira su consentimiento, sus datos serán eliminados y la información obtenida no será utilizada en esta investigación.



Universidad de Concepción  
Facultad de Ciencias Sociales - Departamento de Psicología



### RESULTADOS

Los resultados de la investigación se mantendrán en el medio académico y universitario, medio en que serán publicados a nivel de grupo, no de individuo, y serán resguardados por la Investigadora Responsable.

Usted tiene derecho de ser informado/a del progreso del estudio y de sus resultados finales. En caso de que los participantes deseen acceder a los resultados de la investigación y a los documentos académicos obtenidos a partir de los resultados, podrán solicitarlos a la Investigadora Responsable de manera formal, mediante el establecimiento de contacto telefónico o escrito a partir de los datos entregados a continuación.

### PREGUNTAS

Si tiene preguntas, dudas o requiere información adicional sobre su participación en la investigación, puede comunicarse con la Investigadora Responsable, Dra. Pamela Grandón Fernández en la dirección: Barrio Universitario S/No., Casilla 160 C – Correo 3, segundo piso del Departamento de Psicología, al correo: pgrandon@udec.cl o al teléfono +56 9 94 78 41 58. También se puede comunicar con el Dr. Nelson Pérez, Presidente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción, ubicado en San Martín 1436, Concepción, al teléfono (41) 2722745

Si usted acepta participar del estudio **“Modelo teórico comprensivo de la estigmatización hacia personas con diagnóstico de trastorno mental en centros de salud mental de nivel secundario de atención: Un estudio mixto”**, rogamos firmar el Acta de Consentimiento que sigue.



### 3. Acta de evaluación comité científico del SEREMI de Salud y Servicio de Salud Concepción



#### ACTA DE EVALUACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012  
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 2963/ 06.10.20

Concepción, 07 de junio 2022

Dra. Pamela Grandón  
Investigadora Responsable  
Presente.

Ref: Modelo teórico comprensivo de la estigmatización hacia personas con diagnóstico de trastorno mental en centros de salud mental de nivel secundario de atención: Un estudio mixto" (FONDECYT Regular 1221531).  
Código CEC-SSC: 22-04-15

Estimada investigadora

Junto con saludarle, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, en reunión mediante videollamada de fecha 07 de junio 2022, tomó conocimiento de resolución Exenta 1137 de fecha 01-06-2022 de la Seremi de Salud Región del Bio Bío, que autoriza ejecución de estudio, la que fue remitida por usted como investigadora responsable del estudio de la referencia.

Miembros del Comité Ético Científico que participaron en la sesión videollamada del 07 de junio 2022:

Q: 07 / 09

Nombre y apellidos	Profesión/Institución	Cargo CEC
Claudio Bustos	Psicólogo	Integrante permanente / externo
Felipe León M.	Abogado / SSC	Integrante permanente / Abogado / Vice presidente
Nelson Pérez T	Médico Psiquiatra / HGGB	Integrante permanente / Presidente
Maria Cristina Fellay	Bióloga	Integrante permanente / Representante comunidad
Catalina Márquez Z.	Químico Farmacéutico / HGGB	Integrante permanente
Francisco Guede R.	Kinesiólogo / UNAB	Integrante permanente / externo
Ricardo Saldías	Ingeniero comercial /HGG	Integrante permanente / Secretario

Excusas: Dra. Bidegain por renuncia a CEC

Atentamente,





Ing. Ricardo Saldías Cerda  
Secretario CEC-SSC

Dr. Nelson Pérez Terán  
Presidente CEC-SSC

CC: CEC-SSC



## ACTA DE EVALUACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012  
RE Acreditado por la SEREMI SALUD DEL BÍO BÍO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 2963/ 06.10.20

Concepción, 20 de abril de 2022

Dra. Pamela Grandón  
Investigadora Responsable  
Presente.

**Ref:** Modelo teórico comprensivo de la estigmatización hacia personas con diagnóstico de trastorno mental en centros de salud mental de nivel secundario de atención: Un estudio mixto\* (FONDECYT Regular 1221531).  
**Código CEC-SSC:** 22-04-15

Estimada investigadora

Junto con saludarle, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, en reunión mediante videollamada de fecha 19 de abril 2022, tomó conocimiento y aprobó respuesta a observaciones planteadas por el comité en reunión de fecha 05 de abril 2022.

Miembros del Comité Ético Científico que participaron en la sesión videollamada del 19 de abril 2022:

Q: 04 / 09

Nombre y apellidos	Profesión/Institución	Cargo CEC
Felipe León M.	Abogado / SSC	Integrante permanente / Abogado
Nelson Pérez T	Médico Psiquiatra / HGGB	Integrante permanente / Presidente
María Cristina Fellay	Bióloga	Integrante permanente / Representante comunidad
Ricardo Saldías	Ingeniero comercial /HGG	Integrante permanente / Secretario

Excusas: Salvador Cabrera, Silvia Asenjo, Mónica Zúñiga, María A. Bidegain S.

Nota: Sr. Claudio Bustos no participa en evaluación de estudio, por ser parte del equipo de investigación. Declara conflicto de interés al respecto.

Documentos recepcionados:

- Carta con modificaciones
- Protocolo de estudio: Modelo teórico comprensivo de la estigmatización hacia personas con diagnóstico de trastorno mental en centros de salud mental de nivel secundario de atención: Un estudio mixto\* (FONDECYT Regular 1221531). Versión 2, 18 abril 2022.
- Formulario de Consentimiento Informado para los Usuarios. Versión 2, 14 abril 2022.
- Formulario de Consentimiento Informado para el personal de salud mental. Versión 2, 14 abril 2022.
- Formulario de Consentimiento Informado para los gestores de salud mental. Versión 2, 14 abril 2022.
- Tabla Base de datos
- Ficha información laboral (FIL)
- Ficha información socio-demográfica (FIG)
- Instrumento para evaluar la capacidad de consentir\_ Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCAT-T, por sus siglas en inglés).

**CONCLUSION:** Con fecha 19 de abril 2022, el Comité aprueba el estudio y procede a timbrar los siguientes documentos:

- Protocolo de estudio: Modelo teórico comprensivo de la estigmatización hacia personas con diagnóstico de trastorno mental en centros de salud mental de nivel secundario de atención: Un estudio mixto\* (FONDECYT Regular 1221531). Versión 2, 18 abril 2022.

---

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. Página 1  
ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(GOP-ICH); CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION



## ACTA DE EVALUACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012  
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 2963/ 06.10.20

- Formulario de Consentimiento Informado para los Usuarios. Versión 2, 14 abril 2022.
- Formulario de Consentimiento Informado para el personal de salud mental. Versión 2, 14 abril 2022.
- Formulario de Consentimiento Informado para los gestores de salud mental. Versión 2, 14 abril 2022.
- Tabla Base de datos
- Instrumento para evaluar la capacidad de consentir\_ Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCAT-T, por sus siglas en inglés).
- Escalas cuantitativas:
  - Escala de conductas de trato Humanizado en personal de salud (ECTH-PS)
  - Escala de actitudes de profesionales de la salud hacia personas con diagnóstico de trastorno mental (EAPS-TM)
  - Escala de distancia social
  - Ficha información socio-demográfica (FIG)
  - Ficha información laboral (FIL)
- Guión temático de entrevista y grupo focal

Además, este Comité solicita que:

1. El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con el timbre y fecha de aprobación del comité en los pacientes que serán enrolados en su institución.
2. El Investigador responsable debe cumplir con el adecuado manejo de la información, asegurando la no utilización de datos que pueda identificar a los participantes.
3. Las enmiendas, reportes de eventos adversos y desvíos de protocolo se entreguen al comité en conjunto con una opinión personal del investigador, sobre la relevancia de ellos en el proyecto.
4. Informar a lo menos una vez al año de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen
5. La validez de esta aprobación es por un año.
6. Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.
7. Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta quince años cerrado el estudio
8. En toda futura correspondencia hacer referencia al número de código asignado
9. Cumplir con la normativa y protocolos de seguridad del establecimiento y/o centro de investigación.

**Se consigna que, antes de iniciar el estudio debe presentar el proyecto aprobado por este comité a la SEREMI de Salud del Bio Bio, a fin de cumplir la legislación vigente.**

Atentamente,

  
Ing. Ricardo Saldías Cerda  
Secretario CEC-SSC

  
Firmado con firma electrónica  
avanzada por  
NELSON IGOR PEREZ TERAN  
Fecha: 2022.04.20 12:24:40 -0400  
Dr. Nelson Perez Terán  
Presidente CEC-SSC

CC: CEC-SSC