

EL FENÓMENO DEL ESTIGMA HACIA PERSONAS CON PROBLEMAS DE
SALUD MENTAL Y/O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:

Estudio cualitativo en tres centros de atención primaria de Chile.

Por:

INGRID KATERINE ACERO BARRERA

Tesis presentada a la Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile,
para optar al título de Magíster en Salud Pública

Profesor Guía:

Jaime Sapag Muñoz de la Peña

Noviembre, 2019

Santiago de Chile.

©2019, Ingrid Katerine Acero Barrera

AUTORIZACIÓN PARA LA REPRODUCCIÓN DE TESIS

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica que acredita al trabajo y a su autor.

FECHA-----

-----**FIRMA**

DEDICATORIA

Mi madre maravillosa, Mi mayor fortaleza y resiliencia.

 Mi padre amado, Mi mayor templanza.

 Mi familia, Mi apoyo incondicional.

 Mis mejores amigas, Mis mejores aliadas.

AGRADECIMIENTOS

Deseo partir mis agradecimientos primeramente a Dios, reconociendo que mis proyectos obtenidos son parte de las muchas bendiciones que él ha dispuesto en mi vida. Posteriormente a mi familia, especialmente a mi padre y hermanos quienes son mi principal motor de perfeccionamiento personal. También quiero agradecer a mis grandes amigas, que pese a la distancia y/o poco tiempo para compartir siempre están motivándome.

De igual manera, quiero dar un infinito agradecimiento al proyecto FONDECYT Regular 1160099 y a todo el equipo de trabajo, especialmente a la coordinadora del proyecto Paola Velasco por permitirme integrarme activamente como tesista en el equipo FONDECYT. También deseo brindar un profundo agradecimiento a mi profesor guía Dr. Jaime Sapag, por todo su profesionalismo y acompañamiento durante todo el proceso formativo, que ha sido de gran experiencia en mi crecimiento profesional, también a los docentes de la universidad, de quienes he recibido las bases del conocimiento para aplicarlos en este producto final de grado.

Finalmente, agradezco a la persona que más he admirado en mi vida, mi modelo a seguir, mi inspiración diaria, a Ella, mi madre maravillosa, quien me ha entregado el arma más poderosa para resistir, avanzar y alcanzar todos mis objetivos propuestos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO 1 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	12
1.1 DEFINICIÓN DE ESTIGMA.....	12
1.2 ANTECEDENTES TEÓRICOS DEL ESTIGMA.....	14
1.3 TIPOS DE ESTIGMA.....	15
1.4 ESTIGMA EN SALUD MENTAL Y/O CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	17
1.5 ESTIGMA DISCRIMINACIÓN Y DERECHOS HUMANOS.....	22
1.6 MEDIDAS ANTIESTIGMA.....	26
CAPÍTULO 2 MARCO CONTEXTUAL.....	28
2.1 INTERNACIONAL.....	28
2.2 CHILE.....	29
CAPÍTULO 3 OBJETIVO, PREGUNTAS Y SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN.....	31
CAPÍTULO 4 MÉTODOS.....	33
4.1 DISEÑO.....	33
4.2 MUESTRA/PARTICIPANTES.....	33
4.3 PROCEDIMIENTOS.....	35
4.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	38
4.5 RIGOR.....	39
CAPÍTULO 5 RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	41
CAPÍTULO 6 PAGINAS FINALES.....	63
6.1 BIBLIOGRAFÍA.....	63
6.2 ANEXOS.....	66

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 4.1.....	32
TABLA 5.1.....	37
TABLA 5.2.....	39

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.1.....	20
-----------------	----

RESUMEN

El fenómeno de Estigma presenta importantes barreras de acceso y calidad en la atención sanitaria. En los centros de APS, los proveedores de salud han percibido actitudes estigmatizadoras hacia los usuarios de salud mental, afectando su recuperación integral.

Objetivo: Caracterizar el fenómeno del estigma hacia las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas, desde la perspectiva de usuarios internos y externos en centros de APS, del subsistema público de Chile.

Métodos: Estudio descriptivo cualitativo, de muestra multicéntrica en 3 Centros de Salud Familiar (CESFAM), Las técnicas de recolección utilizadas fueron: entrevistas individuales semiestructurada (12) y grupos focales (6), aplicadas a usuarios y funcionarios de los CESFAM, con técnica de análisis de contenido.

Se pretende responder a dos perspectivas del fenómeno de estudio: 1) En funcionarios clínicos vs funcionarios administrativos. Y 2) En personas con problemas de salud mental y consumo de sustancias Vs personas con solo problemas de salud mental.

Resultados: El fenómeno del estigma es percibido igualitariamente en los profesionales clínicos y en los funcionarios administrativos. Por otra parte, los profesionales y usuarios reconocen presenciar actitudes estigmatizadoras hacia estos usuarios, presentando mayor estigmatización en las personas con trastornos mentales graves y en consumo problemático de sustancias.

Conclusiones: El estigma es un fenómeno complejo presente en la APS. Los funcionarios clínicos y administrativos son una fuente importante de estigmatización, como también de desestigmatización. Los usuarios con problemas de salud mental grave y consumo de sustancias se sienten más estigmatizados en comparación con otros usuarios. Se evidencia la necesidad de implementar medidas antiestigma para contrarrestar el fenómeno.

Palabras Claves: Estigma, APS, SPA, Salud mental.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno del estigma representa importantes barreras de acceso y calidad de la atención en los sistemas de salud; particularmente, los usuarios con problemas de salud mental se sienten más estigmatizados en comparación con otro tipo de usuarios, evidenciando menor calidad de la atención médica (Thornicroft, 2011). Por su parte, las consecuencias del estigma hacen que las personas prefieran esconder u ocultar su enfermedad para evadir este tipo de discriminaciones (Obertament, 2016). Y otra consecuencia negativa, es que puede interferir en su desempeño laboral, autonomía y bienestar social (Corrigan et al., 2010).

Los profesionales sanitarios pueden tener actitudes negativas hacia los pacientes y hacia la enfermedad mental; el efecto del estigma repercute en la recuperación y supone una gran amenaza en la atención de las personas con salud mental (Sánchez, 2016). En personas con problemas de consumo de sustancias, el estigma también ha estado presente en el sector socio sanitario, probablemente por la falta de sensibilización o incluso la falta de formación curricular, provocando entre los profesionales cierto rechazo hacia estas personas (Pascual et al, 2017). Esto representa un obstáculo significativo para el desarrollo de los programas en salud mental. El rol de los profesionales sanitarios es realizar medidas de acción con enfoque de salud pública, desde la red de servicios de atención primaria en salud (APS), y acciones articuladas intersectorialmente (León, 2005).

En Chile, se cuenta con escasa evidencia respecto al fenómeno del estigma en personas con problemas de salud mental en centros de Atención Primaria en Salud (Corrigan et al., 2014). Es así como el presente trabajo desea responder a la siguiente pregunta de investigación, ¿Cómo se caracteriza el fenómeno del estigma hacia las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas, desde la perspectiva de usuarios internos y externos de centros de atención primaria en salud, del subsistema público en Chile?

De igual manera, para desplegar el concepto de estigma y profundizar en la caracterización de este fenómeno, se hace necesario acompañar el planteamiento inicial con dos subpreguntas, las cuales no explican en totalidad el fenómeno, pero sí nos da una aproximación de cómo se percibe de manera sustancial en las siguientes áreas:

- ¿Qué similitudes y diferencias existen del fenómeno del estigma hacia las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas, en la atención sanitaria de profesionales clínicos Vs la atención sanitaria de funcionarios del área administrativa?
- ¿Qué similitudes y diferencias existen del fenómeno del estigma hacia las personas con problemas de salud mental y con consumo de sustancias psicoactivas Vs las personas con problemas de salud mental y sin consumo de sustancias psicoactivas?

Conocer la naturaleza del fenómeno del estigma contribuye de manera importante para trazar intervenciones psicoterapéuticas, que afronten las creencias, suposiciones que conllevan al rechazo social de estas personas. También, permite fortalecer la gestión de acciones u orientaciones por parte de los profesionales sanitarios, investigadores o actores que abordan este problema. Y con proyecciones de trabajo en los planes de gobierno, en el diseño de políticas públicas, y en el financiamiento de los programas de salud mental en Chile.

El presente trabajo de grado, describe en profundidad conceptos importantes relacionados con el fenómeno, En los próximos 6 capítulos se detalla los siguientes contenidos:

1) Marco teórico conceptual, 2) Marco contextual, 3) Objetivos, pregunta de investigación, supuestos. 4) Método 5) Resultados, discusión, conclusiones y 6) Páginas finales.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1 DEFINICIÓN DE ESTIGMA

Antes de entrar en la definición de estigma, es importante conocer algunos conceptos claves entorno a la salud mental; según la OMS, el concepto de *Salud Mental* se describe como “el estado de bienestar, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. La salud mental, integra el concepto de *Salud* definido por la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, en este sentido positivo, se puede resaltar que la salud mental es la base para el bienestar individual y el funcionamiento efectivo de la comunidad. (OMS, 2013).

Cuando una persona tiene alguna enfermedad mental, puede presentar alteraciones de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, que afecta los procesos psicológicos básicos y dificulta la adaptación de su entorno cultural y social (Avifes, 2014). Según la OMS, los *trastornos mentales* son considerados un problema mundial, su prevalencia continúa en ascenso y causa efectos preponderantes en la salud de las personas, y graves repercusiones a nivel socioeconómico en todos los países (OMS, 2017). El riesgo de desarrollar enfermedades mentales se asocia con indicadores de pobreza tales como, bajos niveles de educación, malas condiciones habitacionales, bajo ingreso económico, vivir en inseguridad, desesperanza, violencia y problemas de salud física. (OMS, 2004)

Por otra parte, los problemas de salud mental presentan una estrecha relación cuando se vinculan los efectos de las conductas humanas; por ejemplo, en el caso de conductas negativas como: el abuso de sustancias, violencia, problemas de salud y/u otros. Además,

son más difíciles de afrontar cuando el individuo se relaciona en un entorno social negativo como: alto nivel de desempleo, bajos ingresos económicos, baja educación, discriminación de género, estilos de vida no saludables y violación de los derechos humanos. Todo el anterior acentúa de la importancia la evaluación de las intervenciones de políticas, y practicas realizadas en la comunidad para promover la salud mental. (OMS, 2004). Los pacientes con enfermedades mentales frecuentemente sufren un doble problema, por una parte, deben manejar la sintomatología de la enfermedad y por el otro, el estigma. Ambos fenómenos tienen importantes consecuencias en su calidad de vida y en los procesos de integración social (Muñoz et al, 2006).

Distinguiendo las diferentes temáticas que se relacionan con el eje central de esta investigación, se hace apertura para definir el concepto del fenómeno de estudio; señal, marca, huella, vestigio, o mancha, son algunos de los sinónimos que se utilizan en castellano para acercarse al término de la palabra estigma. La Real Academia de la Lengua Española, define estigma como marca o señal en el cuerpo, o como desdoro, afrenta o mala fama. (Pascual et al, 2017). En sus inicios, el concepto de estigma fue introducido por Erwin Goffman, quien lo define como una marca o "un atributo profundamente desacreditador"; según el autor, los procesos de estigmatización emergen desde la discrepancia entre una "identidad social virtual" (las características que debe tener una persona según las normas culturales) y una "identidad social actual" (los atributos que efectivamente presenta la persona) (Mascayano et al, 2015)

El estigma se manifiesta en tres aspectos diferentes: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. 1) Los *estereotipos* son el conjunto de creencias, en gran parte erróneas, donde la población tiende a valorizar a cierto un grupo de personas; estas creencias pueden dar lugar a los prejuicios. 2) Los *prejuicios* presentan una disposición habitualmente negativa hacia los miembros del colectivo estereotipado, sin analizar si hay alguna razón que lo justifique. Finalmente, una consecuencia particularmente negativa de los prejuicios

es la discriminación. 3) La *discriminación* por la cual los miembros de un colectivo estereotipado son privados de sus derechos (Arnaiz et al, 2006).

El estigma en la enfermedad mental presenta conceptualizaciones que lo describen como el miedo al diagnóstico y lo que otros puedan pensar, que muy a menudo son respuestas alternativas que manifiestan las personas para evitar asistencia médica en los servicios sanitarios (Vicente et al, 2005). Por su parte, el sociólogo Bruce Link (Mascayano et al, 2015) postula la “teoría del etiquetamiento”, para definir la estigmatización hacia la enfermedad mental. Según dicha teoría, las personas por medio del lenguaje aprenden e internalizan concepciones respecto a aquellos que presentan alguna enfermedad mental, que luego se transforman en “rótulos” con los cuales se les etiqueta, clasifica y discrimina (Mascayano et al, 2015).

1.2 ANTECEDENTES TEÓRICOS DEL ESTIGMA

A lo largo de la historia, han sido múltiples las formas de nominar y referirse a las personas que presentan problemas de salud mental. Sabemos que el lenguaje crea realidad y por lo tanto, la manera en que estos problemas son conceptualizados y catalogados, inciden directamente en la sociedad, definen el comportamiento que las personas tendrán hacia quien padece un desorden mental.

El filósofo francés Michel Foucault, en su célebre libro “La historia de la locura I” (2015), realiza un recorrido a través de la historia de la denominada “locura”, poniendo de manifiesto las diferentes concepciones. En el periodo renacentista las personas con problemas de salud mental “los locos” eran expulsados de las ciudades en barcas, terminando a la deriva por los ríos europeos. Luego, en los siglos XVII y XVIII, se llamó en periodo de “Gran encierro”, en el que a “locos”, y además, los desempleados, mendigos, huérfanos, prostitutas y ladrones; fueron recluidos en internados y hospitales (con intención curativa), quedando excluidos socialmente. En el XIX, se dio el nacimiento

de la psiquiatría, hace que el “loco” recibiera un tratamiento individualizado, se mantiene el encierro en hospitales con fines de evitar el “contagio” de la locura. (Cazzaniga et al, 2015).

De igual modo, en el siglo XIX, los psiquiatras Tuke y Pinel, fundamentaron el tratamiento de la locura a través del “miedo”, conllevando a los “locos” a sentir miedo de sí mismos, culpa, vergüenza y arrepentimiento. La Psiquiatría de aquella época se convertiría en una institución de poder, que legitimada la reclusión y administraba la justicia, en búsqueda del arrepentimiento de la persona enferma (Cazzaniga et al, 2015). En el siglo XX, se va forjando un concepto nuevo de enfermedad mental con tintes más biologicistas, otorgando mayor relevancia a la observación clínica del trastorno mental, así como a su supuesto origen biológico o genético. Por otro lado, los doctores Kraepelin y Bleuler, introducen por primera vez los términos de “psicosis maníaca” “depresivo” y “esquizofrenia”. Paralelamente surgen en esta época las teorías psicoanalíticas de Sigmund Freud, concediendo un mayor protagonismo los síntomas del enfermo, y la comprensión de su experiencia, como medio terapéutico (Cazzaniga et al, 2015).

El estigma en la enfermedad mental ha estado presente a través de la historia, las personas con problemas de salud mental fueron encerradas, torturadas, vulneradas y excluidas socialmente; en la actualidad este paradigma ha sido contrapuesto evidenciado un gran avance a partir de la psiquiatría, donde el “loco” pasó a ser valorado como persona, pero aun así falta trabajar por el cambio estructural e intermedio de los determinantes de salud mental, para promover conciencia colectiva, sensibilización, buen trato, integración social, el respeto derechos humanos y en la desinstitucionalización de las personas enfermas y medidas antiestigma.

1.3 TIPOS DE ESTIGMA.

Las actitudes del estigma pueden proceder de diversas fuentes, muchos autores afirman que la principal fuente de discriminación viene de la población general, siendo el *estigma público* la forma más percibida en la población general. El Estigma Público apoya los estereotipos presentes en la sociedad, y discriminan a las personas estereotipadas (Campo et al, 2014). Por su parte, el autor Phelan (2001), distingue otros dos tipos de estigma: el *Estigma Estructural* y el *Estigma Internalizado (autoestigma)*. El Estigma Estructural se refiere a práctica o políticas institucionales, que crean un ambiente de desigualdad, restringiendo las oportunidades hacia este grupo de personas. Con respecto al Estigma Internalizado, son sentimientos negativos sobre el yo, está acompañado de la transformación de la identidad, aprobando los estereotipos y los comportamientos inadaptados (Phelan,2001).

Temáticas relativas hacia el estigma, han planteado que esta condición en salud mental puede clasificarse en: el Estigma Internalizado (Autoestigma), Estigma Familiar (*Estigma de Cortesía*), Estigma Institucional (Estigma Estructural) y el Estigma Público (Muñoz et al, 2009). A continuación, se describen las características referidas en cada tipo:

- El Estigma Internalizado, el individuo relaciona creencias desvalorizadas, discriminatorias, con baja calidad de vida. Afectando la autoestima, autosuficiencia y agravamiento de los síntomas de su enfermedad.
- El Estigma Familiar, es una condición que transmite devaluación social por estar familiarizado a una persona estigmatizada, Afectando el sueño, alteraciones de las relaciones interpersonales y en el bienestar sociocultural.
- El Estigma Institucional, Se relaciona con las políticas de instituciones públicas y privadas. Donde se excluyen o desvalorizan los derechos de las personas con discapacidad mental.

- El Estigma Público, se produce en la comunidad y se comporta con prejuicios, estereotipos negativos en los pacientes, por medio de los procesos de socialización.

Otra categoría de estigma en salud mental, es el Estigma en los Servicios de Salud, este tipo de categoría representan un gran obstáculo para brindar una atención integral e integrada a los usuarios (Campos et al, 2014) generando sufrimiento en las personas que lo padecen, y supone importantes dificultades para los profesionales que se relacionan con la rehabilitación psicosocial de estas personas (Muñoz et al, 2006). En España las autoras Cazzaniga y Suso (2015), refieren que los usuarios que acuden frecuentemente a los servicios de urgencia, centros de atención primaria, o servicios de especialización, pueden perder credibilidad en la atención médica, cuando evidencian algunas de las siguientes circunstancias:

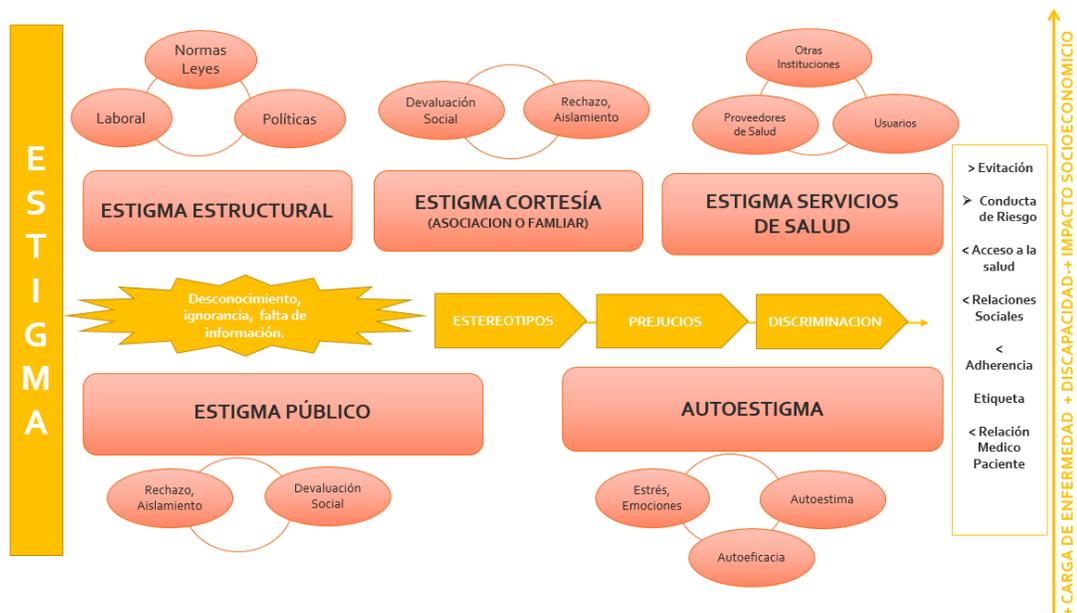
- Los profesionales carecen de formación adecuada o completa, así como de sensibilización sobre las dificultades generadas por el estigma de las personas con problemas de salud mental.
- Los profesionales desconocen las pautas de actuación en situaciones complejas, como traslados o ingresos.
- Los profesionales suelen eclipsar u ocultar otro tipo de diagnóstico, por tratarse de un usuario de salud mental.
- Los profesionales mantienen actitudes paternalistas, que conllevan a infantilizar a los usuarios frente al manejo del tratamiento (Cazzaniga et al, 2015).

Otras circunstancias que se han visto relacionadas con la presencia del estigma, es el acceso en los servicios de salud, se ha visto que en centros rurales es más limitado la atención médica, y podría ser un factor problemático para la presencia del estigma (Fougere et al, 2009). De igual manera, en los centros de salud urbanos hay desigualdades marcadas, mayor autonomía, aislamiento entre sus miembros; lo que conlleva a fuertes tendencias de rotulación, discriminación y menor tolerancia de los comportamientos en las personas con enfermedades psiquiátricas (Pedersen, 2009).

Además, se ha evidenciado que los profesionales sanitarios también presentan actitudes negativas hacia los usuarios (Gil, 2016). Y ellos mismos reconocen haber presentado algún tipo de actitudes o comportamiento estigmatizador (Schulze, 2007). Por lo que se ha visto el gran interés de abordar este fenómeno trabajando con los profesionales administrativos y clínicos, y convergen en factores decisivos para el manejo exitoso del estigma (Alarcón, 2017).

En artículos científicos se ha visto que, dependiendo el tipo de trastorno mental y la gravedad atribuida se modifican las actitudes de los profesionales sanitarios. Por ejemplo, las personas con diagnóstico de esquizofrenia presentan síntomas más graves y de peor evolución, siendo una de las enfermedades mentales más estigmatizadas en los centros sanitarios (Gil/2016). Y en el caso de abuso de sustancias, se ha evidenciado mayor estigma que para otros trastornos psiquiátricos como la depresión, ansiedad e incluso en la esquizofrenia, lo que asocia al paciente a una mayor exclusión social y discriminación (Lucuma et al, 2008).

Figura 1.1 El fenómeno de estigma en Salud Mental y Consumo de Sustancias



Fuente: Elaboración propia.

1.4 ESTIGMA EN PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y/O CONSUMO DE SUSANCIAS

Las personas con enfermedad mental enfrentan un doble problema, Por una parte, deben manejar los síntomas propios de su enfermedad, por otra parte, los efectos negativos del estigma (Muñoz, 2006). Este problema no solo lo enfrenta el usuario, también su familia. Generalmente experimentan sentimientos de vergüenza, humillación, rechazo, aislamiento, conllevando como causa directa al ocultamiento de su enfermedad e incluso el ocultamiento dentro de su entorno familiar (Obertament, 2016). En pacientes con problemas de salud mental crónicos, las familias pueden experimentar sobrecarga, presentando rechazo o sentimientos ambivalentes hacia el usuario (Silva, 1991). Socialmente son considerados como personas potencialmente peligrosos e incapaces para desarrollarse en actividades laborales (Franco et al, 2015). Los servicios sanitarios no son exentos de presentar actitudes estigmatizadoras para este tipo de usuarios (Gil, 2016).

Las personas que presentan problemas de consumo de sustancias, socialmente son vinculadas con temas de violencia, narcotráfico y prostitución (Mota et al, 2014) Los medios de comunicación, la sociedad y las autoridades resaltan los aspectos negativos de la adicción, promoviendo los prejuicios que conllevan al estigma, siendo también abandonadas, marginadas, excluidas y violentadas en sus derechos (Duarte et al, 2016). Habitualmente, presentan falta de motivación en búsqueda de ayuda terapéutica y miedo por tener problemas con las autoridades (drogas ilícitas), Se les etiqueta como responsables de su problema por la falta de voluntad (Mota et al, 2014). Por lo que frecuentemente se les consideran menos competentes, para tomar sus decisiones frente a su tratamiento, así como las decisiones financieras (Balhara et al, 2016)

Las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias, están sujetas al estigma, y se considera una barrera importante en el tratamiento terapéutico. Curiosamente, existe una alta prevalencia de problemas por uso de sustancias entre las personas con problemas de salud mental y viceversa (Balhara et al, 2016). En los sistemas sanitarios el rechazo social para las personas con abuso de drogas es aún mayor que para otros trastornos psiquiátricos, lo que asocia una mayor exclusión social y discriminación (Lucuma et al, 2008). Se ha visto que la falta de sensibilización, o incluso la falta de formación curricular ha provocado entre los profesionales cierto rechazo hacia estas personas (Pascual et al, 2017). En Chile, Un estudio realizado en los centros de APS señala que los usuarios reportaron discriminación cuando se vinculaban con consumo peligroso de alcohol, el uso de drogas ilegales. Mientras que los pacientes con trastornos depresivo y estrés postraumático no refirieron percibir discriminación. (Cappeza et al, 2012). Lo anterior refleja la importancia de abordar más investigaciones al respecto frente a este fenómeno en las personas con diagnóstico dual.

1.5 ESTIGMA DISCRIMINACIÓN Y DERECHOS HUMANOS DISCRIMINACIÓN

Se entiende por discriminación la propensión a la acción o distancia social deseada de conductas discriminatorias hacia miembros de otro grupo. Otro concepto es la discriminación estructural, reflejada en las políticas públicas, leyes, y otras disposiciones prácticas de la vida social. Lo que conlleva a explorar percepciones de desvalorización, rechazo y estrategias para el manejo de las personas afectadas, como también de sus familias, quienes sufren también los efectos negativos. (López et al, 2008). La discriminación se ve reflejada en las personas con problemas de salud mental, quienes deben proveerse un sustento laboral, siendo un grupo vulnerable a cesantías largas. Hay diversos estudios que muestran un alto grado de estigmatización y discriminación hacia

las personas con esquizofrenia, además por lo general no reciben ayuda en conseguir empleo por parte de los distintos agentes sociales. (Minsal, 2017). Los procesos de estigmatización, discriminación y marginación, en las personas con discapacidad mental, psíquica o intelectual, conlleva a condiciones de vida marcadas por el desempleo, la falta de recursos económicos, menores oportunidades de educación, desigualdades para ejercer los derechos ciudadanos, aislamiento social e incluso situaciones de vida en la calle (Observatorio de Derechos Humanos de las personas con Discapacidad Mental, 2014).

El Plan Nacional de Salud Mental 2017 (MINSAL, 2017), se han vinculado normativas que aborda temas en materia de derechos humanos, incluyendo temas específicos hacia las personas con enfermedad y discapacidad mental, donde se ha incluido enfoque de derechos humanos, retomando las acciones trabajadas en diferentes convecciones, entre estas la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad en 2006. Alguna de las estrategias descritas en pro de los derechos humanos, se retomaron en los siguientes ámbitos, por ejemplo: 1) discriminación en la cobertura de los seguros públicos y privados (garantizar el acceso a servicios de salud). 2) erradicar el estigma y discriminación en los servicios de salud. 3) fomentar la inclusión y no discriminación laboral. (MINSAL, 2017)

DERECHOS HUMANOS

La salud mental es necesaria para poder ejercer los derechos humanos y participar de la vida civil, social y económica. Cuando las capacidades funcionales se ven mermadas, de forma transitoria o cronicada, en personas con padecimientos de la esfera psiquiátrica, es cuando estas personas pueden verse vulnerables a ser pasados a llevar, en un uno o más de sus derechos (OMS, 2010). Según la OMS, las personas con trastornos mentales se encuentran entre las personas más desatendidas del mundo. En muchas comunidades, las enfermedades mentales no se consideran una verdadera afección médica, sino un síntoma de debilidad de carácter o un castigo por un

comportamiento inmoral. Incluso cuando se reconoce que esas personas padecen una afección médica, no siempre se les da un trato humano (OMS, 2010).

Las violaciones de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales se producen en comunidades del mundo entero en centros de salud mental, hospitales y en las comunidades en general. Ejemplo de esto, son los ingresos involuntarios, que hasta el día de hoy se practican en hospitales del mundo, incluyendo a Chile. Así mismo, hay bajo nivel regulatorio de prácticas destinadas a la contención y restricción física de personas con padecimientos psiquiátricos en centros hospitalarios (OPS, 2009).

A raíz de situaciones como estas, la sede de la Organización de Naciones Unidas, y expertos en la materia de 86 países, presentaron la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), dentro de la cual se considera la discapacidad de causa psíquica. (Minoletti, 2015). En Chile, para el año 2008 se ratificó esta convención y con ello incorporó el modelo social de la discapacidad a su ordenamiento jurídico reconociendo la centralidad de los conceptos de dignidad, respeto por la voluntad de la persona, autonomía, igualdad de oportunidades y no discriminación, como una problemática de derechos humanos, siendo estos principios los que deben ser respetados, protegidos y cumplidos en todos los establecimientos de salud mental. (Minoletti, 2015).

Otro avance realizado en la legislación chilena hacia una política de derechos en salud mental, fue la elaboración del “Manual de Derechos en Salud Mental”. Este documento tuvo por finalidad el que las personas conozcan, respeten y promuevan los derechos en sus prácticas cotidianas. Incluyó en su grupo objetivo a la comunidad en general, los usuarios de la red de atenciones de salud y también a técnicos y profesionales de la salud (Minoletti, 2015).

Los lineamientos de la CDPD del “Manual de Derechos de Salud Mental” los cuales defienden 4 principios a respetar en relación a personas con problemas de salud mental (Minoletti, 2015), Estos son:

- I Derecho al ejercicio de capacidad jurídica y el derecho a libertad personal y seguridad de la persona (artículo 12 y 14 de la CDPD). El Artículo 12, establece el derecho al reconocimiento de la capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás, en todos los aspectos de la vida y el artículo 14, de la CDPD establece el derecho a disfrutar de la libertad y seguridad en la medida que toda privación de libertad debe ser conforme a la ley y las personas con discapacidad mental no pueden ser privadas de su libertad en forma arbitraria.
- II Derecho a la protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas y degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso (artículo 15 y 16 de la CDPD). Habla sobre el derecho a estar libres de abuso verbal, mental, físico y sexual, de descuido físico y emocional en los establecimientos de salud mental, a ser tratado por el personal con humanidad, dignidad y respeto.
- III Derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad (Artículo 19 de la CDPD). El Artículo 19 de la CDPD establece el derecho a vivir en forma independiente y ser incluido en la comunidad, a tener acceso a una variedad de asistencia domiciliaria, residencial y comunitaria que facilite la inclusión social.
- IV Derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible (artículo 25 de la CDPD). El artículo 25 de la CDPD establece el derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible sin discriminación, a una atención de salud gratuita, accesible y calidad, basada en el consentimiento libre e informado, así como el acceso a servicios de salud, incluida la rehabilitación psicosocial y el apoyo comunitario.

1.6 MEDIDAS ANTIESTIGMA.

Hay muchas estrategias antiestigma que plantean para erradicar este fenómeno presente en las personas que presentan problemas de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas. La OMS ha evidenciado la necesidad de abordar acciones frente a este problema, y con respecto a la salud mental se han descrito algunas estrategias como: a) diseñar sistemas de salud integrales, integrados y eficientes, b) promover servicios comunitarios de la atención institucionalizada, c) proveer cuidados de salud mental en servicios primarios y en servicios hospitalarios y, d) rechazar los estigmas, la discriminación y la desigualdad de las personas con problemas de salud mental y sus familias (Rigol, 2006).

De igual manera se han realizado diferentes estudios frente a las estrategias de estigma en los servicios sanitarios; por ejemplo, el estudio “*Stigma towards Mental Disorders: Characteristics and Interventions*” (2015), Describe estrategias antiestigma según los tipos de estigma. señalando las siguientes acciones: En el Estigma Internalizado, realizar programas de empoderamiento personal para contrarrestar el Autoestigma. Y fomentar la relación equitativa entre el profesional y el paciente, permitiendo que el usuario exija sus derechos de autonomía. En el Estigma Familiar, las intervenciones se proyectan en la comunidad, promoviendo estrategias de apoyo, contención, educación, y entrenamiento frente a las crisis que pueden presentar estas personas (Mascayano et al, 2015).

En el Estigma Institucional, potenciar en formación profesional, entrenamiento en temas de salud general y salud mental, involucrar a los profesionales en programas antiestigma, promoviendo el apoyo constante a los usuarios y sus familiares, también, el contacto directo y cercano a los pacientes. En el Estigma Público, realizar protestas, la psicoeducación y el contacto interpersonal con personas de grupos estigmatizadores, enmarcada en programas de participación comunitaria (Mascayano et al, 2015).

En otro estudio realizado en Perú, para reducir el estigma y la discriminación en las APS, describen estrategias realizadas en Toronto, Canadá, la cual obtuvo resultados efectivos, al adaptar estas estrategias en el contexto peruano. Los componentes de esta estrategia describen: desarrollar equipos locales de líderes, analizar políticas y procedimientos, sensibilizar la comunidad, formar actividades basadas en el contacto, realizar artes basadas en la recuperación. Una vez que se haya probado la efectividad, se espera ampliar como estrategia nacional en Perú (Bustamante et al, 2016),

CAPÍTULO 2

MARCO CONTEXTUAL

2.1 CONTEXTO INTERNACIONAL

La OPS (2014), refiere que la prevalencia de los trastornos mentales y el uso de sustancias psicoactivas es alta en todo el mundo, contribuyendo de manera importante la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura. También se ha visto que los recursos destinados por los países para afrontar esta carga son insuficientes, estando distribuidos desigualmente y en casos particulares de manera ineficaz. Situaciones de estigma, la exclusión social y la discriminación que afrontan las personas con problemas de salud mental, agravan el manejo de la enfermedad (OPS, 2014).

La Estrategia y Plan de Acción de Salud Mental de la OPS (2009), se abordaron áreas de trabajo para definir líneas de cooperación técnica, se incluyeron temas específicos entorno a el estigma en la salud mental, de estas se resaltan dos estrategias fundamentales; una era impulsar las iniciativas intersectoriales para la promoción de la salud mental con atención particular en los niños y los adolescentes, para hacer frente al estigma y a la discriminación que sufren las personas con trastornos mentales. Y la otra estrategia, formular y ejecutar un programa de lucha contra el estigma, la discriminación y la exclusión social de las personas con alguna enfermedad mental.

También se mencionaron algunas recomendaciones claves para la atención sanitaria, con líneas de acción específicas en centros de APS, revisar la organización de los servicios de salud mental y ejecutar los cambios requeridos, haciendo hincapié en la descentralización y el fortalecimiento del componente de salud mental de la atención primaria de salud. Formular un programa de capacitación en salud mental basado en competencias para el

manejo de las necesidades, dirigido a trabajadores de salud, especialmente trabajadores de APS (OPS, 2009).

Luego, la Estrategia y Plan de Acción de Salud Mental de la OPS 2015 a 2022, focalizaron acciones enmarcadas a la prevención de los trastornos mentales y uso de sustancias, cuyas líneas de acción apuntaron a: La implementación de programas de promoción y prevención salud mental y consumo de sustancias (componente de estigma), mejorar la capacidad de respuesta de la atención en salud (foco importante en la APS) y fortalecer los sistemas de información, la evidencia científica y las investigaciones, entre otras líneas (OPS, 2014)

En América Latina, la prevalencia de las enfermedades mentales ha estado en aumento, lo que representa una significativa carga de enfermedad para quienes los padecen (Minoletti, 2012). En países latinoamericanos como Brasil, Argentina, México y Chile, estudios del estigma refieren que las personas con enfermedades mentales son estigmatizadas por el público en general y los perciben como individuos potencialmente peligrosos, violentos e incapaces para desarrollar actividades laborales (Franco et al, 2015). Además, este problema parece ser perpetuado en el olvido, pues se ha visto negligencias por parte de los principales actores ejecutivos y legislativos en gobiernos latinoamericanos (Campo, 2014). Lo que muestra el poco interés por abarcar acciones de salud mental en los programas, planes y sistemas de salud; siendo un grave problema que enfrenta tanto los países en vías de desarrollo.

La OMS, en el Atlas de Salud Mental de las Américas (2015), ha recopilado información de las Américas para levantar datos de la carga de enfermedad en salud mental y definir estrategias de acuerdo a su contexto.

2.2 CONTEXTO NACIONAL

En Chile el sistema público de salud cubre el 80% de la población chilena, de estos aproximadamente el 70% de los beneficiarios se encuentran cubiertos en los centros de Atención Primaria en Salud (Becerril, 2010). Con respecto al Programa de Salud Mental se destina el 2,16% del presupuesto en salud y se cuenta con 4.0 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. Estos porcentajes destinados para cubrir la carga de enfermedad mental son bajos de acuerdo con las estimaciones y recomendaciones sugeridas hacia países de bajos ingresos, siendo Chile un país con un crecimiento económico mayor (Minoletti et al., 2014).

Lo anterior nos demuestra que Chile cuenta con brechas de acceso en salud mental y esto puede reflejar la gran carga de morbilidad en enfermedades de salud mental. La OMS ha referenciado que Chile presenta una carga de morbilidad en enfermedades psiquiátricas en el mundo. La depresión y los trastornos por consumo de alcohol ocupan los primeros puestos en discapacidades atribuidas entre adultos, y casi un tercio de la población mayor de 15 años ha sufrido un trastorno psiquiátrico en su lapso de vida (Vicente, 2016). Por otra parte, uno de los factores de especial relevancia que afecta a las personas con enfermedades mentales es el estigma el estigma.

El Plan Nacional de Salud Mental (2000) describió objetivos estratégicos para manejo y control de la carga de enfermedad de salud mental. También se plantearon alternativas de abordaje con enfoques de APS, determinantes sociales y erradicación del estigma. Las metas planteadas proyectaban que para el 2020, al menos el 50% de los servicios de salud cuente con un plan de difusión, y apoyo en el ejercicio de los derechos humanos y el anti estigma (MINSAL 2012). De igual manera, la Estrategia Nacional de Salud incorporó en las metas propuestas, disminución de la enfermedad mental a través de la detección temprana y tratamiento oportuno de los centros de APS (Minoletti, 2012).

El Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025) se enmarca las grandes brechas y desigualdad de derechos que acobijan a las personas con problemas de salud mental. En este plan se describen estrategias que pretenden apoyar la reintegración al trabajo de las personas que han sido afectadas, protegiéndolas de la vulneración de derechos y el estigma. Otro objetivo estratégico para prevenir la aparición, promover la detección precoz de los trastornos mentales en las personas y minimizar los efectos negativos de la enfermedad en la persona, su familia y comunidad, describe trabajar específicamente en erradicación del estigma y discriminación. (MINSAL, 2017)

La literatura describe la gran importancia realizar estudios al respecto, que midan el problema del estigma de la salud mental en los sistemas de salud de Chile. Y aún más en los centros de APS, donde al respecto se cuenta con pocos estudios (Corrigan et al., 2014) Por lo que en el presente trabajo reconsidera la importancia de desarrollar estudios que profundicen el fenómeno del estigma y pueda desarrollarse alternativas de abordaje de antiestigma.

CAPÍTULO 3.

OBJETIVO, PREGUNTAS Y SUPUESTOS DE ESTUDIO

3.1 OBJETIVO

Caracterizar el fenómeno del estigma hacia las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas, desde la perspectiva de usuarios y profesionales/funcionarios de la atención sanitaria, en tres centros de APS, del subsistema público de Chile.

3.2 PREGUNTA

¿Cómo se expresa el fenómeno de estigma hacia las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias, desde la perspectiva de profesionales y usuarios en tres centros de atención primaria del subsistema público en Chile?

3.3 SUB-PREGUNTAS

- ¿Qué similitudes y/o diferencias existen del fenómeno del estigma hacia las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas, en la atención sanitaria de funcionarios clínicos Vs funcionarios administrativos?
- ¿Qué similitudes y/o diferencias existen del fenómeno del estigma hacia las personas con problemas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas Vs las personas con problemas de salud mental y sin consumo de sustancias?

SUPUESTOS

Al tratarse de un estudio cualitativo, no es necesario o esperable que esta investigación incluya hipótesis; por tanto, el presente estudio descriptivo espera responder los planteamientos de la pregunta y sub-preguntas de investigación. A continuación, se describen los siguientes supuestos:

- El estigma hacia personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas se percibe mayormente en profesionales de salud de APS Vs funcionarios administrativos de APS.
- El estigma hacia personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas, se percibe mayormente en usuarios de salud mental y con consumo de sustancias / que en usuarios de salud mental.

CAPÍTULO 4

MÉTODOS

4.1 DISEÑO

El diseño de este trabajo de grado, es con método cualitativo descriptivo, de análisis secundario de datos (entrevistas individuales semiestructuradas y grupos focales), con técnica de análisis de contenido. Es importante comentar que el presente trabajo investigativo, forma parte del proyecto, cuyo diseño es de metodología mixta.

4.2 MUESTRA/PARTICIPANTES

Para entender de manera más precisa la selección de la muestra y participantes del presente estudio, es importante describir inicialmente como se desarrolló la selección en el Proyecto Macro (“Stigma toward mental illness among primary care professionals in Chile”) y posteriormente, como se realizó en esta investigación.

4.2.1 FONDECYT regular #1160099 “Stigma toward mental illness among primary care professionals in Chile”

- Selección de la Muestra

El estudio Macro, lo que respecta al componente cualitativo, seleccionó como muestra CESFAMS de los 8 Servicios de Salud, que se acogen las regiones a lo largo de Chile. en cada Servicio de Salud priorizó 2 CESFAMS (identificados como CESFAM#1 y CESFAM#2), llegándose a un total de 16 CESFAMS.

- Selección de los Participantes

El estudio Macro identificó dos tipos de participantes: usuarios y profesionales/funcionarios, y se consideraron los siguientes criterios:

a) Los criterios de inclusión en usuarios: Edad límite entre 18 y 65 años, con diagnóstico de enfermedad mental o consumo de sustancias psicoactivas, que estuvieran recibiendo atención sanitaria en el CESFAMS durante los últimos 3 meses.

b) Los criterios de inclusión en los profesionales/funcionarios: No se limitó la edad, solo se consideró que el participante estuviera en contacto con la atención directa a los pacientes.

4.2.2 Fenómeno de Estigma hacia las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias: Estudio cualitativo en tres centros de APS de Chile.

- Selección de la Muestra

Por su parte, el presente proyecto focalizó solo en 3 regiones multicéntricas (Antofagasta, Metropolitana y Los Lagos); de cada región se priorizó un servicio y de cada servicio se seleccionó un CESFAMS.

- Selección de Participantes

La selección de participantes fue descrita en el proyecto macro. No se habilitaron más criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 4.1: Selección de Muestra.

Nº	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN	CESFAMS
2	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas individuales semiestructurada en profundidad a profesional/funcionario. 	Región de Atacama 1 CESFAM
2	<ul style="list-style-type: none"> Eentrevistas individuales semiestructurases en profundidad a usuarios. 	Región Metropolitana 1 CESFAM
1	<ul style="list-style-type: none"> Grupos focales a Usuarios 	Región de Los Lagos. 1 CESFAM
1	<ul style="list-style-type: none"> Grupos focales a Profesionales/funcionarios. 	

Fuente: Elaboración propia

4.3 PROCEDIMIENTOS

Para comprender el fenómeno del estigma, se pueden emplear metodologías con paradigmas que incluyan aspectos sociales. Este tipo de investigaciones generalmente abordan dos paradigmas de estudio: El positivista y el fenomenológico. Con respecto a estos dos paradigmas se pueden emplear técnicas de índole cualitativa o cuantitativa, según el diseño de estudio enfocado por el investigador. (Catarina, 2008). El paradigma positivista, define al mundo como algo determinado, sus elementos y fenómenos pueden ser objeto de estudio, implica definir a priori las relaciones de causalidad para explicar los fenómenos estudiados; generalmente usa técnicas estadísticas para el análisis de la información obtenida, reducida a números con el fin de verificar supuestos teóricos. Lo principal de este paradigma es explicar o predecir eventos observables (Catarina, 2008).

El paradigma fenomenológico, define al mundo como algo no acabado, están en constante construcción. Los sujetos viven y son capaces de modificarlo, no es posible estudiar el fenómeno de forma objetiva, porque el investigador interactúa e investiga lo que estudia. Por su parte, los sujetos y la manera de ver el mundo atribuyen los fenómenos de estudio, es lo que constituye la realidad y lo que es importante estudiar (Catarina, 2008). De acuerdo con el planteamiento de la pregunta de investigación, el presente trabajo investigativo pretende profundizar como se expresa el fenómeno de estigma, considerando las perspectivas de proveedores de salud y usuarios, acercándonos un poco sobre cómo se puede entender o interpretar este fenómeno en termino de significados de los participantes, y no en términos generalizados, por lo que considero relevante definir el paradigma fenomenológico en este estudio.

En lo que confiere a las actividades realizadas en los procedimientos, se aclara que las acciones de Recolección de Datos y Transcripción de Datos fueron realizadas por el equipo contratado del proyecto FONDECTY regular #1160099 “**Stigma toward mental illness among primary care professionals in Chile**”, Es así como este trabajo investigativo solo se participa desde las actividades de análisis secundario de datos. A continuación, se detalla cada etapa:

4.3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Instrumentos:** Los instrumentos usados para la levantada de datos cualitativos fueron: Grupos Focales y Entrevistas Individuales Semiestructuradas en Profundidad, cuyas técnicas de recolección fueron aplicadas a los participantes del estudio (Usuarios y Proveedores de salud), En total se realizaron 12 entrevistas individuales semiestructuradas en profundidad y 6 grupos focales.
- **Recolección de Datos:** La recolección de los datos cualitativos se inició en febrero del 2018 y se finalizó en octubre de 2018. Esta se realizó a los participantes del estudio, en lo que se detalla:
 - a) **Recolección de los datos en usuarios,** primero, se indagaba a los pacientes que estaban en la sala de espera si estaba recibiendo algún tipo de atención en CESFAMS, segundo, se confirmaba si el motivo de consulta era algo asociado a algún problema de salud mental y/o consumo de sustancia; tercero, en caso de que el usuario cumpliera con los criterios de inclusión, se le hacía la propuesta de participación en el estudio. Cuarto, luego si el usuario aceptaba querer participar en el estudio, se hacía un primer filtro derivado a evaluación psicológica (quien evaluaba la capacidad de consentir). Quinto, si pasaba la prueba con el psicólogo, luego se llenaba el consentimiento informado (explicándole todas las implicancias éticas consideradas para su realización) y finalmente, se aplicaba las técnicas de recolección cualitativas en un tiempo estimado entre 20 a 45 minutos, según lo requerido por cada entrevistado.
 - b) **Recolección de datos en profesionales o funcionarios** de los servicios de salud, era más fácil recolectar las entrevistas, primero, si los participantes cumplían los criterios de inclusión, se llenaba el consentimiento informado (que detalla todas las implicancias éticas consideradas para su realización) y segundo, se procedía al desarrollo de las técnicas cualitativas, con un tiempo estimado de 45 minutos. finalizaba la actividad con una pequeña capacitación de estigma en salud mental.

4.3.2 TRANSCRIPCIÓN DE DATOS: La de transcripción de los datos de las técnicas cualitativas se inició en la segunda semana del mes de noviembre y finalizó en febrero de 2019. Toda la información transcrita fue manejada bajo estricta confidencialidad de los datos, las personas que realizaron esta actividad firmaron previamente un documento de confidencialidad de datos. La metodología de transcripción empleada es de tipo “Verbatim”, el cual transcribe textualmente los contenidos descritos en las grabaciones.

4.3.3 ANÁLISIS DE DATOS: En la metodología de análisis de datos, se desarrolló la técnica de *Análisis de Contenido*, descrito por Klaus Krippendorff, (1990) quien ha profundizado este método hacia el significado latente de los símbolos, presentando pasos de análisis que favorecen la obtención de resultados integrales, profundos e interpretativos, similares al tipo de resultados que se pretende conseguir en esta investigación. A continuación, se detalla:

- Unidades de análisis: Se obtuvieron de los relatos de las técnicas de recolección aplicadas (entrevistas semiestructuradas en profundidad y grupos focales).
- Reducción de los datos: Se construyó un árbol de conceptos con categorías y subcategorías, que destacaban los conceptos principales del fenómeno en estudio.
- Inferencia de los datos: Se cuenta con la libertad de relacionar los datos descritos con su contexto respectivo. En este paso, se relevaron todas las entrevistas para chequear la pertinencia de las categorías y subcategorías del árbol de conceptos; posteriormente, se consideraron algunas temáticas de mayor relevancia para integrar los resultados finales.
- Fases de análisis: Los resultados antes seleccionados, distribuidos en sus respectivas dimensiones, se presentan, redactan, de manera que respondan a las preguntas planteadas y objetivo del estudio.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES:

El presente estudio contó con la aprobación del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, aprobando el diseño y los procedimientos para el análisis de los datos, de igual manera se desea especificar las siguientes medidas correspondientes:

- Presenta bajo riesgo de daño potencial a los participantes del estudio (físico, emocional o social).
- Sustenta confidencialidad de los datos, asegurando que luego de terminado el estudio, los participantes no tendrán implicancias por haber sido partícipe, y ningún investigador sacará partida de la información para amonestar a los usuarios o profesionales participantes.
- Las técnicas cualitativas que se emplearon para recolectar la información del estudio macro, cumplieron previamente con todas las indicaciones y aprobaciones del comité de ética correspondiente.
- Realiza retroalimentación del informe final a los servicios participantes, para que la información entregada pueda ser base de insumo en la elaboración de planes de mejora en la atención integral de personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas en los CESFAMS de APS en Chile.

4.5 RIGOR

El objetivo del rigor en la investigación cualitativa es representar con exactitud las experiencias de los participantes de un estudio, existen algunos criterios que permiten evaluar el rigor y la calidad científica de los estudios cualitativos. En el presente trabajo para el análisis de los datos se ocuparon los criterios de rigor descritos por Guba y Lincoln, estos son: la credibilidad, la confirmabilidad y la transferibilidad de los datos del estudio (Guba et al, 1981). Estos se profundizarán en el análisis de los resultados.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1 RESULTADOS

Como se mencionó en los procedimientos de análisis de datos, para priorizar las dimensiones que comprenden el fenómeno de estudio, inicialmente se elaboró un *Árbol de Conceptos* compuesto de categorías y subcategorías que caracterizan el fenómeno a estudio. Luego, se realizó lectura de las entrevistas y desarrollo de *Árbol de Conceptos* por cada centro de atención primaria (norte, centro y sur). Posteriormente, se hace relectura de todas las entrevistas, como también de los *Arboles de Conceptos*, para así finalmente priorizar las temáticas relevantes relacionadas con el fenómeno de estigma.

Tabla 5.1 Temáticas relacionadas con el fenómeno de estigma.

Sujetos de estudio:	Temáticas
Profesionales/Funcionarios	Relación usuarios/ proveedores de salud.
	Caso de salud mental difícil.
	Estigma público.
	Estigma cortesía.
	Estigma estructural.
	Estigma servicios de salud.
	Autoestigma.
	Factores que influyen en la discriminación o estigma.
	Factores que protectores en la discriminación o estigma
	Necesidad de una intervención antiestigma.
Usuarios con problemas de salud mental y/o consumo de SPA	Calidad en la atención.

	Relación usuarios / proveedores de salud.
	Estigma público.
	Estigma estructural.
	Estigma servicios de salud.
	Autoestigma.
	Factores que influyen en la discriminación o estigma.
	Factores que protectores en la discriminación o estigma
	Necesidad de una intervención antiestigma.

Fuente de elaboración: Propia.

Los resultados obtenidos evidencian que el fenómeno del estigma está presente en los tres centros de atención primaria y este es percibido de diferentes maneras por los participantes del estudio. A partir de los datos obtenidos en las entrevistas, se definieron dos dimensiones que dan respuesta a la pregunta de investigación: 1) *Descripción del perfil general del estigma*. 2) *Descripción del impacto y consecuencias del estigma*. Además, se plantea una tercera dimensión, que no responde a la pregunta de investigación, pero si tiene un valor agregado frente a las implicancias del fenómeno en la salud pública: 3) *Descripción de las alternativas sugeridas antiestigma*.

1 dimensión	Descripción del perfil general del estigma.
2 dimensión	Descripción del impacto y consecuencias del estigma.
3 dimensión	Descripción de las alternativas sugeridas antiestigma.

Fuente: Elaboración Propia

5.1.1 DIMENSIÓN EL PERFIL GENERAL DEL ESTIGMA

Describe a grosso modo la percepción que refieren los participantes frente a la definición del fenómeno de estudio; considerando: (a) los diferentes tipos de estigma percibidos (estigma estructural, estigma de cortesía, estigma público, estigma en los servicios de salud y multiestigma); (b) los factores que disminuyen el estigma o discriminación, y (c) los factores que aumentan el estigma o la discriminación.

5.1.1.1 Tipos de estigma percibidos, de acuerdo con la literatura indagada se describirán los siguientes tipos de estigma: Estigma estructural, estigma público, estigma de cortesía, estigma servicios de salud.

- Estigma Estructural, la mayoría de los usuarios lo perciben como barrera de integración laboral y social. Por su parte los profesionales/funcionarios, refirieron que el estigma estructural, es un problema que radica en el sistema

NU1 (78) “Ahí andaba como pidiendo ayuda, muy nerviosa y me despidieron. El médico tratante me mandó a la casa y después no me recibieron más en el trabajo”

_ Usuario

NU2 (148) “Por qué diría depresión, entonces, no sería apta para el trabajo, porque estoy con depresión ¿me entiende?” _ Usuario

NGFP (129) “El problema no está aquí, sino que está en su hogar Está en su ámbito laboral Está en una mamá que no tiene empleo y tiene 5 hijos Y está en una casa que tiene súper escasos recursos Me entiendes ese es el problema Social” _ Profesionales

SP1 (38) “Ojalá el ministerio invirtieron mucho plata en salud mental, porque yo te puede asegurar, que las horas de médico bajarían considerablemente” _ Profesionales

CGFP (160) “La mayoría de los pacientes, algunos son porque no le dan permisos en sus trabajos. Entonces sería más conveniente” _ Profesionales

- En el Estigma Público, tanto los usuarios, como los profesionales, manifestaron percibir este tipo de estigma por parte de la sociedad, se aprecia una connotación más negativa especialmente hacia las personas con problemas de abuso de sustancias. En algunos casos, los usuarios refieren sentirse afectados por este tipo de discriminación, en un caso particular mencionan que se presenta incluso desde el ámbito familiar.

NU2 (8) “Me gustaría que toda la gente pudiera entender un poco más, que fueran un poco más abiertos de mente y no se estigmatizara cuando de repente ven a alguien: “Ah, enfermito”, esa palabra suena tan cruel, o de repente “está loquito”, entonces no son términos” _Usuarios

SU2 (26) “Mi mamá siempre nos decía que venir al psicólogo era para locos” _Usuarios

CU1 (52) “Si he visto gente que lo apuntan con el dedo y dicen: “Ah!, pero si este gallo es así, es alcohólico, no sé drogadicto” _Usuarios

NU2 (108) “Por ejemplo si tu consumes drogas, serías parte de un drogadicto ¿cierto?, entonces tú al decir que eres drogadicta, ya te miran de otra forma.” _Usuarios

NGFP (89) *“El estigma a pacientes de Salud Mental es algo que se ha creado socialmente, porque las personas fuera del ámbito profesional, asocia Salud Mental”* _Profesionales

CP1 (36) *“Bueno ese el señalamiento que se tiene con respecto, “no es que yo nunca voy a tener pareja”, “es que yo nunca voy a poder trabajar”, “Yo nunca voy a poder estudiar” porque estoy medicado”* _Profesionales

S-GFP (99) *“En la televisión siempre muestran que un paciente esquizofrénico quemó su casa o atacó a su señora”* _Profesionales

S-GFP (71) *“La gente aún piensa que por ir al psicólogo tiene un problema psiquiátrico y eso genera cierto grado de discriminación. En la sociedad no hay una conciencia de las problemáticas de Salud Mental porque lo asocian con algo psiquiátrico directamente”* _Profesionales

CP1 (42) *“El paciente que consume siempre es ladrón, siempre es peligroso, pero no siempre es así, creo que más que todo el estigma que le ha dado en sí toda la sociedad”* _Profesionales

- Estigma Cortesía: la presencia de estigma de cortesía es referida especialmente por los participantes profesionales/funcionarios.

SP1 (67) *“No es que el psicólogo es loco”, porque el psicólogo, siempre los psicólogos son locos, porque uno va en contra lo que toda la gente encuentra normal”* _Profesionales

CP1 (114) *“Porque si uno hace salud mental, uno no se va enloquecer, porque todo el mundo: “ahora estas en salud mental, la loca vas a terminar siendo tu”, aquí todos los amigos se ríen mucho de que yo hago”* _Profesionales

CP2 (54) *“Igual hay psicólogas nuevas, que son medias rayadas, aquí entra un poco la opinión que pueda tener de mis compañeras, que de repente no hay un real compromiso, incluso en psicólogas jóvenes”* _Profesionales

- Autoestigma: Tanto los usuarios, como los profesionales/funcionarios, manifestaron percibir este tipo de estigma hacia las personas con problemas de salud mental y/o consumidores de sustancias psicoactivas. Generalmente se asocia el concepto de ayuda terapéutica con locura y no como fomento de salud mental. En algunos casos se internalizan con marcas, por ejemplo, el uso de carnets de salud mental.

SFG-U (63) *“Uno dice “Pucha pensarán que está se volvió loca y por eso no está trabajando”* _Usuarios.

S-GFU (74) *“Más que nada es el tratamiento personal “Yo me auto discrimino, yo me avergüenzo de ir al psicólogo”* _Usuarios

S-GFU (61) *“Sí, porque nosotros derivamos y nos dicen: “No, pero es que yo no estoy loco para ir al psicólogo” o “Será necesario porque yo estoy bien”* _Usuarios

C-GFU (218) *“A mí me dicen “loquita” y yo ya lo tengo asumido de que soy loquita”* _Usuarios

NU2 (76) *“El carnet te expone a: “Que tu ah, problemas mentales”* _Usuarios

NP1 (4) *“El carnet con el color morado, es de que es paciente del programa de salud mental, como que asocian ellos eso a una idea de discriminación”*
_Profesionales

CP1 (36) *“Toda mi familia sabe que estoy loca”, “que estoy loco” ya nadie me entiende. Así se refieren en ocasiones”* _Profesional

CP2 (60) *“El usuario se da cuenta, porque dicen: “sí, si sé que soy pesada señorita”, “si sé que soy loca señorita”, pero nadie se lo dice en forma directa”*
_Profesionales

- Estigma en los Servicios de Salud: se evidencia presencia de estigma o discriminación en todos los participantes. Algunos usuarios refieren tener estigma o discriminación por los malos tratos dados por parte de algunos profesionales/funcionarios. Los proveedores de salud señalan que han presenciado algunas conductas estigmatizadoras tales como, el etiquetamiento de los pacientes por el diagnóstico o motivo de consulta, y en algún caso en particular por su condición socioeconómica.

NU2 (130) *“El doctor al no darte la información adecuada, de tratarte como si fueras una ignorante”* (Usuarios).

NGFU (53) *“Le dije: sabe, usted me está humillando, acaba de tratarme mal porque yo vengo acá con pijama. Yo no soy ninguna vieja sucia, no soy ninguna vieja decrepita”* _Usuarios

SU2 (131) *“En esas áreas he escuchado muchos reclamos. Por la situación económica de las personas o por su ropa”* _Usuarios

CU1 (72) *“No sé si puntualmente de los funcionarios, pero siento que, si hay, ya sea por adicción o por forma socioeconómico como te vistas”* _Usuarios

NP1 (30) *“Para que el otro también vaya dando una idea, un juicio sobre aquello. Pero ese juicio puede generar también un estereotipo, una idea, cuando un prejuicio, cuando la persona se vaya a atender con otro paciente”* _Profesionales

NGFP (68) *“Los pacientes de salud mental están fichados, tienen un logotipo”* _Profesionales

NGFP (70) *“Porque yo creo que la mayoría de mis compañeras se refieren a los pacientes de Salud Mental no por el nombre, sino por SM”* _Profesionales

SP1 (69) *“Traten a un paciente en vez de su nombre, por el diagnóstico que tiene es algo que a mí me molesta enormemente”* _Profesionales

CP1 (38) *“Se habla del paciente, como:” Ah, este paciente con el nombre tal ”, sino, “esta que se intentó tirar al metro”, entonces se empieza a marcar al paciente”* _Profesionales.

CP2 (10) *“La mamá era bien parecida, pero esta salió aumentada y corregida”* _Profesionales

C-GFP (76) *“Todavía queda eso de “ojo este paciente es complicado”. Entonces creo que uno se predispone un poco con ese concepto”* _Profesionales

CP1 (50) *“No comunicación que tenemos del grupo específico de profesionales que no les gusta hacer salud mental”* _Profesionales

5.1.1.2 En factores que aumentan el estigma o la discriminación, algunos usuarios refieren que conductas de etiquetamiento, falta de información y la baja disponibilidad de acceso a los servicios de salud (agendamiento de horas y recurso humano); son factores preponderantes que precipitan el estigma o la discriminación. Por otra parte, la mayoría de los profesionales manifestaron que la falta de herramientas en el manejo de pacientes con problemas de salud mental y/o consumo de SPA, puede considerarse un factor sustancial; como también reconocen que el déficit de recursos dificulta la prestación de servicios.

NGFU (114) *“En la desinformación. La falta de información”* _Usuarios.

SGFU (98) *“Un día le dije al doctor que las mismas auxiliares tocan y entran, no esperan que salga el paciente”* _Usuarios

SU2 (155) *“En la primera cuando me entregaron el carnecito y cuando venía a control, aquí tenía con mi carnecito escondido”* _Usuario

CU2 (104) *“Marcar los documentos, las fichas, algún tipo de seña significativa, de que la persona está por esto y esto y esto. Aquí no lo he visto. Yo creo que debe ser eso”* _Usuarios

NU1 (54) *“sabe que señora, lamentablemente no puedo hacer nada, porque están completas las horas para la otra gente, están agendadas ya las horas, están dadas ya”* _Usuario

NU2 (46) *“Dejo mi molestia generalmente, le digo que lo ideal es eso, de que se pudiera traer más médicos”* _Usuario

C-GFU (48) *“Yo estuve casi dos meses intentando conseguir una hora. Llamando a las seis y media todos los días... ¡Y no! ¡No hay hora!”* _Usuarios

NGFP (34) *“Mucha de las patologías lo que tienen es tratamiento y no una cura como tal. Y esa sería la cosa que promueve la estigmatización de los pacientes de Salud Mental”* _Profesionales

NGFP (92) *“Yo creo que también puede estar asociado con la falta de herramientas para poder abordar a estas personas de Salud Mental”* _Profesionales

SP2 (14) *“Salud mental, no existe un protocolo, una dinámica de inducción en que cada funcionario nuevo”* _Profesional

CP1 (22) *“Que tiene que tener un apoyo familiar y no siempre lo tienen, entonces eso es lo más difícil”* _Profesional

CGFP (97) *“Entonces me da la sensación de que como se pierde el paciente por los tiempos en que no hay hora”* _Profesionales

C-GFP (143) *“Estábamos con dificultades para la compra del Pellet. Por ejemplo, los pacientes con consumo de alcohol, hay algunos que estaban interesados en el*

Pellet. Peor en el momento no hay Pellet en la comuna. A lo mejor ver la posibilidad de colocar más recursos” _Profesionales

5.1.1.3 En factores que disminuyen el estigma o la discriminación, algunos usuarios refieren que contar con redes de apoyo y el acceso a la información favorece la recuperación. Por su parte, algunos profesionales señalan que promover la salud mental y el buen trato, son factores protectores que podrían disminuir el estigma o la discriminación.

NU2 (62) *“y lo bueno es que cuento con una súper hermana. Yo la llamo “mi psicóloga particular”, porque ella me escucha todas las noches y ella me tira para arriba” _Usuarios.*

CU2 (92) *“Si es que esta vez, no estoy solo, tengo más gente al lado, más personas que me han apoyado, es todo un conjunto, pero aun así igual, si me da miedo volver a mi vida cotidiana” _Usuarios.*

CU1 (84) *“Hay más información y eso también ha generado que también la gente uno trate distinto a las personas” _Usuarios.*

CP1 (62) *“Promover la salud mental como una parte importante de la salud” _Profesionales*

CP2 (42) *“Ahora yo pienso que todos los consultorios deberían tener Cosam y en el Cosam tratan distinto a la gente, no la estigmatizan, usan otros términos, cuentan” _Profesionales*

CP1 (34) *“Se puede con harta paciencia, empeño, controlarlo, estar pendiente del paciente, puede volver a hacer su vida, sin ningún problema” _Profesionales*

5.1.2 DIMENSIÓN IMPACTO Y/O CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA

Describe los resultados obtenidos de la percepción del estigma en la prestación de los servicios de salud, respondiendo las dos sub-preguntas del estudio, que plantean las diferencias y/o similitudes del fenómeno de estigma hacia las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas en: 1) Funcionarios clínicos Vs funcionarios administrativos, y 2) Los usuarios de salud mental con problemas de consumo de sustancias Vs que en usuarios de salud mental sin problemas de consumo de sustancias.

5.1.2.1 Fenómeno de estigma hacia las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas en los profesionales de salud de APS Vs que en funcionarios administrativos de APS. En general se observa buena relación de medico/paciente, por parte de todo el equipo de trabajo hacia los usuarios de salud mental, hay profesionales del área clínica y del área administrativa muy destacados, como también algunos casos que evidencia baja empatía, sensibilización y trato por parte de los administrativos y profesionales de área clínica, a continuación, se describen los principales hallazgos por parte de los usuarios y profesionales/funcionarios:

NU1 (50) “La señora no da respuestas favorables para uno sentirse mejor, no dice nada, no le busca un acomodo” _Usuario

NU2 (90) “La asistente social, aunque no la he tratado mucho, ella tiene mucha empatía con la gente, con la señora del aseo que es un amor” _Usuario

NU2 (32) “Encuentro que son muy empáticos muchas de las personas que trabajan acá, incluyendo a la señora que hace el aseo” _Usuario

S-GFU (21) “Sí con ella me animé. Pero primero yo tenía más confianza con la matrona” _Usuarios

S-GFU (131) “De parte de los funcionarios, no. Hay buena acogida en todos” _Usuarios

NU2 (54) “Entonces ese personal era como muy antiguo, era muy brusco para tratarte, así como esta pajarona, que no llegaste a la hora, no sabes que son 10 minutos” (Personal administrativo) _Usuario

CU1 (16) “Los doctores, la gente que recibe o recepciona las horas, no son muy empáticos, de repente uno llega, "buenos días o buenas tardes" y no saludan. siento que lo hacen no motivados” _Usuarios

C-GFU (41) “Sin embargo, he tenido problemas con otros, como se llama, funcionarios del consultorio porque atienden super mal. Ahora todos usan celular en horas de trabajo, que no debería ser” _Usuarios

C-GFU (46) “Porque resulta que hay médicos como bien dicen ellas que a mí me da rabia la mala atención que recibe la gente, pucha cuando de repente no puede pagarse un bono por tres lucas. Usted a mí no me reclame porque usted es el paciente y yo soy el medico”. Le digo, Si diostor, usted es el diostor, pero yo soy la paciente, ¡y usted me tiene que escuchar a mí” _ Usuarios

NGFU (53) ” me dijo “a mi consulta no se viene con pijama” “No se da cuenta que yo la tengo que tocar, revisarla, examinarla” _Usuaría

NGFU (68) . “La rubia crespa. No sólo por mí porque yo he estado presente cuando ha tratado mal a las personas” (Administración) _Usuarios

SU2 (84) “Mucho, me ayudaron muchísimo a entender todo lo que estaba pasando, a sobrellevar toda la carga que tenía” (Psicóloga y médico) _Usuario

NFGP “Pero sin embargo tenemos de alguna manera la empatía con estos pacientes” _Profesionales

S-GFP (135) “Pero hay formas y formas de contener y a mi me ha funcionado bastante que es el contacto visual. O sea mirarlos fijamente y como que ahí toman otra postura Y como que empiezan entre comillas a tranquilizarse” _Profesional

SP2 (40) “Nosotros como salud en general, enarbolamos banderas de que nosotros tenemos la verdad,"Ud. va hacer lo que yo digo, porque yo lo digo". Yo digo somos demasiado inflexibles y si yo lo digo, tú lo haces y si no lo haces, yo te voy a retar porque no lo hiciste. En ese dialogo es muy difícil convencer a un paciente”
_Profesional

5.1.2.2 Fenómeno de estigma hacia las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas, en usuarios de salud mental con problemas de consumo de sustancias Vs que en usuarios de salud mental sin problemas de consumo de sustancias. En general se constata la presencia de estigma hacia las personas con problemas de salud mental. También, se evidencia que existe una connotación más negativa hacia las personas que presentan problemas de consumen sustancias psicoactivas. Los principales hallazgos encontrados fueron:

CP1(20) “Muchos pacientes con depresión severa y orientación suicida, además de los de sustancias, los pacientes que hacen que de repente mis compañeros me llamen” _Profesional

C-GFP (4) “Los de salud mental, me cargan por ejemplo los que tienen trastorno de personalidad, son terrible” _Profesional

SP2 (16) “Que son pacientes psiquiátricos , esquizofrénicos o alguna depresión, depresivos y estos pacientes están ellos preocupados” _Profesional

CP1 (6) “Sobre todo las pacientes con trastorno de personalidad, que son muy consultantes. Y los casos con respecto a abusos y esas cosas son definitivamente también igual de complejos” _Profesional

S-FGP (12) “Creo que aquellas que tienen múltiples factores de riesgo. No solamente Salud Mental sino condiciones socioculturales” _Profesional

NP1 (24) “En pacientes alcoholizados, le daría su tiempo, donde le orientaría que tiene que venir, en unas condiciones, porque si no en tratamiento o la razón de su consulta no tiene mucho sentido” _Profesional

NP2 (79) “Han llegado pacientes alcoholizados, han llegado pacientes que han estado con consumo de droga, pero lo más usual es paciente alcoholizado y en situación de calle” _Profesional

NGFP (74) “Pero hay gente que viene drogada y curada Y yo creo que ahí es como más cuán... Yo creo más distante el trato” _Profesionales

S-GFP (110) “Trabajar con paciente consumidor alcohol le produce incomodidad, Mucha incomodidad porque por mi formación igual tengo que tener un poco de contacto físico” _Profesional

CP1 (12) “Una pareja 24 o 25 años con consumo severo de todas sustancias incluyendo gas, goma, consumen de todo” _Profesional

C-GFP (17) “Todo el mundo dice que ella consume, que tiene, pero no se atiende por eso. Pero de que es conflictiva, es la más conflictiva” _Profesionales

5.1.3 DIMENSIÓN ALTERNATIVAS SUGERIDAS ANTIESTIGMA

Aunque no se consideró en un inicio como foco de investigación, es importante considerarlo dentro los resultados, pues es muy relevante y de gran interés, plasmar las necesidades intervención antiestigma propuestas por los participantes de estudio. La mayoría de los usuarios participantes refirieron realizar actividades de fortalecimiento de la empatía, el trato y de información en conocimientos de salud mental. Por otra parte, la mayoría de profesionales manifestaron realizar actividades vivenciales para conocer las experiencias percibidas entre usuarios y profesionales, y también algunos refieren mejoras en los conocimientos para el abordaje en salud mental.

CU2 (132) “Que la atención sea mucho más humana, que no se guíe solo en el concepto de ser un número más, sino de ser una persona” _Usuario

S-GFU-208) “La privacidad más que nada. Y me gustaría estar en Garbarino sin que esté todo el mundo mirando” _Usuarios

C-GFU (300) “Poquito más de educación. Incorporar en todos los programas, buena formación en tu casa también es super importante. En los colegios también”
_Usuario

NU2 (39) “otro tipo de terapia, no sé a lo mejor talleres grupales entre usuarios y profesionales de salud mental” _Profesional

SP1 (81) “Yo me educo, conociendo a mis usuarios y los usuarios se educan conociendo a mi o yo haciendo las intervenciones pertinentes” _Profesional

SP2 (48) “Taller dinámico en donde vamos a hacer un coaching, vamos a hacer una representación, a lo mejor podemos estar todos” _Profesional

S-GFP (172) “Realizar jornadas o actividades. En la que nosotros pudiéramos y quiera compartir con pacientes Usuarios que tengan esta condición O que tengan problemas en Salud Mental” _Profesionales

NP2 (159) “Reuniones para manejar, sobre todo porque a lo mejor los funcionarios clínicos no tenemos tantos problemas porque sabemos cómo abordar”
_Profesional

NGFP (111) “Realmente nosotros mismos realizar una actividad de sensibilización Podríamos trabajar el psicólogo con el equipo” _Profesionales

S-GFP (181) “Los conocimientos forman armas” _Profesionales

CP1 (64) “Formar un día o una tarde y repartir folletos afuera o hacer charlas para la comunidad gratuitas, acerca de salud mental y la depresión” _Profesional

CP1 (106) “Entonces sería bueno tener espacios en donde nos puedan a ayudar a evitar eso, el colapso, el burnout por el manejo de estos pacientes” _Profesional

CP2 (48) “Hagamos talleres vivenciales, talleres donde otro te cuenta, lo que a ti te pasa cuando te descompensas, cuando otro te cuenta lo que te pasa cuando no adhieres al tratamiento que te estamos proponiendo nosotros, que te estamos proponiendo para que tu estés mejor, pero no con autoridad, sino consensuado, "cuando te sientas mal ven a verme" _Profesional

C-GFP (197) “Trabajar la empatía” _Profesional.

5.2 DISCUSIÓN

El presente estudio describe como se expresa el fenómeno de estigma hacia las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias, desde la perspectiva de profesionales y usuarios en tres centros de atención primaria del subsistema público en Chile. Existe una amplia información de estudios del estigma en la atención sanitaria, que dan a conocer como se caracteriza este fenómeno en los centros de salud. Sin embargo, pocos estudios profundizan sobre el estigma hacia las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias, en la atención primaria en salud. De aquí parte el gran interés en realizar este estudio, a continuación, se realiza análisis crítico de los resultados.

Con los datos obtenidos a partir de las entrevistas, se analizaron las tres dimensiones priorizadas en esta investigación. En la primera dimensión, *descripción del perfil general del estigma*, se constata que al igual que otras investigaciones se constata que el fenómeno del estigma está presente en los servicios de atención sanitaria (Minoletti, 2012), (Gil, 2016), (Sanchez, 2016). Usuarios y profesionales perciben los diferentes tipos de estigma

(Estigma público, estigma estructural, estigma cortesía y estigma en los servicios de salud) Siendo el estigma público y Autoestigma los más visibles en los procesos de estigmatización social. (Phelan, 2001), (Sanchez, 2016).

Por otra parte, considerando los factores que aumentan o disminuyen la aparición del estigma, un factor importante y de gran peso son los determinantes de salud mental estructurales, haciendo referencia a las brechas de los recursos destinados en salud mental, especialmente en los dos centros de APS rural, los usuarios y profesionales de estos centros, manifestaron algunas deficiencias como: largas listas de espera, poca flexibilidad horaria para la atención de usuarios de lejana procedencia y falta de especialistas. En literatura se ha documentado sobre los centros rurales, donde la atención en salud mental parece ser más limitada, y puede ser un factor problemático importante para la presencia del estigma (Fougere et al, 2009).

Lo anterior puede reflejar la falta de oportunidad en el acceso a la prestación de salud, especialmente en los centros de APS de regiones, donde se describen importantes barreras de inequidad en el acceso a la salud, limitando la atención integral de los usuarios. Por su parte, la discriminación se incrementa cuando se asocian las brechas de inequidad en vivienda, en el empleo u otros servicios que forman parte de la vida normal en la sociedad. Siendo factores importantes, como se menciona la OMS (2004) al referir que el fenómeno de estigma sigue siendo complejo, enfrentando las negativas de oportunidades del trabajo, educación, acceso a la atención en salud, y repercutiendo de manera importante en el manejo de su enfermedad y de la integración social.

También se evidencia que situaciones donde los usuarios prefieran utilizar el ocultamiento de su enfermedad, como estrategia para evitar el estigma y/o discriminación en la prestación de los servicios de salud. Este tipo de actitudes se han referenciado en algunos estudios de estigma en la enfermedad mental (Obertament, 2016). Al igual que ese estudio,

algunos comportamientos estuvieron presentes en repetidas ocasiones cuando algunos usuarios referirían avergonzarse de ser identificados con tarjeros o credenciales específicos de la atención en salud mental. También, cuando en la atención al público los llamaban por su motivo de consulta o tipo de atención recibida, por lo que quizás es de gran relevancia considerar la privacidad un tema de mejora para disminuir los procesos de estigmatización.

Con referencia a los factores que disminuyen el fenómeno del estigma, los usuarios y funcionarios perciben mejorar los sistemas de información, fomentando promoción de la salud mental, y conocimientos frente el manejo de salud mental, siendo temáticas sugeridas por organizaciones internacionales como la OPS, frente a acciones que disminuyen el estigma (OPS, 2014). Otra necesidad percibida por los participantes del estudio fue fomentar estrategias que mejoren la relación más equitativa entre el profesional y el paciente, como también el contacto directo y cercano. Esto pone en manifiesto que la relación médico paciente es clave en procesos de desestigmatización, siendo acciones efectivas para contrarrestar el estigma según el autor (Mascayano et al, 2015).

En la segunda dimensión, *descripción del impacto y consecuencias del estigma.*, responden los planteamientos realizados en las sub-preguntas del estudio. La primera subpregunta, sobre las diferencias o similitudes del fenómeno del estigma en personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias. De acuerdo con los hallazgos encontrados, podemos evidenciar que el tipo de enfermedad mental y la gravedad atribuida, modifica las actitudes de los profesionales hacia estos usuarios, coincidiendo con otros estudios (Gaebel, 2006), (Gil et al, 2016). Los casos más repetitivos eran en las personas que presentan problemas de salud mental graves y/o consumo de sustancias; por ejemplo, en usuarios con esquizofrenia, consumo de alcohol, consumo de pasta base.

En la segunda sub-pregunta, sobre la percepción del fenómeno del estigma entre la atención de profesionales del área clínica y área administrativa; se evidencio al igual que en la literatura que los profesionales de salud carecen de buen trato, desconocimiento de las pautas de actuación en situaciones complejas (Cazzaniga et al, 2015). Siendo presentando de manera igualitaria tanto en funcionarios clínicos y funcionarios administrativos. Se evidencian situaciones de paternalismos hacia los usuarios, también sobreposición de poder con respecto al manejo médico e incluso rechazo y discriminación por nivel socioeconómico.

Según lo constatado en las entrevistas, se evidencian de manera parcial comportamientos estigmatizadores entre funcionarios y profesionales del área biomédica; por ejemplo, en usuarios refirieron que algunos profesionales no tenían los conocimientos suficientes para la atención con personas con problemas de salud mental grave y/o consumo de sustancias. También, los mismos profesionales manifestaron presentar actitudes estigmatizadoras y carecimiento de conocimientos sobre el manejo de este tipo de pacientes. Se percibe la necesidad de fomentar estrategias que mejoren la relación más equitativa entre el profesional y el paciente, como también el contacto directo y cercano. Siendo algunas recomendaciones efectivas sugeridas en propuestas para contrarrestar el estigma (Mascayano et al, 2015).

También hay que resaltar que, en los datos obtenidos, hay funcionarios del área clínica y área administrativa que se resaltaron por su profesionalismo en la prestación de servicios de calidad, buen trato, contención, sensibilización y empatía hacia las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias.

Por otra parte, con respecto a los criterios de rigor abordados según la literatura mencionada, (Guba et al, 1981). En el *Criterio de Credibilidad*, Se constató en el análisis de contenido de las entrevistas, al evaluar la percepción del fenómeno de estudio presente en cada uno de los participantes, siendo este fenómeno complejo y múltiple hacia las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias. Una limitación constatada, fue que la presencia del fenómeno del estigma se constata mayormente en los usuarios con problemas de Salud Mental, y pocos usuarios refieren consumo de sustancias, siendo una barrera importante para visualizar el impacto del fenómeno de estudio, quizás por el ocultamiento de estigma en el consumo o porque simplemente no acuden a los centros de APS.

El *Criterio de Confirmabilidad*, se constata durante el proceso de análisis de resultados, se solicitó al profesor guía la revisión de los resultados encontrados, para así corroborar la objetividad de las descripciones realizadas. Una limitación importante, no contar con un cotutor para trazabilidad los resultados. y quizás también. *El Criterio Transferencia*, se cumple al evaluar los hallazgos presentes en cada uno de los centros de APS estudiados, se caracteriza de manera similar en los 3 centros de APS; por lo que el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos. Por otra parte, es importante mencionar que no se participó en la recolección de datos, ya que las entrevistas fueron realizadas por miembros del equipo del proyecto FONDECYT, lo que contribuye a un mejor control de las variables de sesgo de información, pues la interacción del entrevistador en el estudio puede influir en las respuestas del entrevistado (Vivar, 2013).

5.3 CONCLUSIONES

- El fenómeno del estigma, es un proceso complejo y múltiple, en las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias, el proceso de estigmatización incorpora los estereotipos y prejuicios presentes en la sociedad, los cuales, conllevan a comportamientos discriminatorios proyectados en los pacientes, sus familiares. Esto a su vez, genera sentimientos de rechazo, vergüenza y exclusión social.
- Existe mucha desinformación con respecto a la salud mental y lo que genera el estigma en las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas. Es por esto que muchas de las personas que afronta este doble problema, no saben lidiar con el peso social, lo que dificulta el tratamiento efectivo en su recuperación e integración social.
- El estigma hacia los pacientes con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas, suele ser mayor hacia personas con mayor gravedad de trastorno mental o de abuso de sustancias, por lo tanto, considero de gran prioridad el diseño de estrategias o programas focalizados hacia estos usuarios.
- En los centros de APS también se ha evidenciado la presencia de conductas estigmatizadoras hacia estos usuarios, por parte de los profesionales de salud y funcionarios administrativos, donde ser agente de autoridad parece ser un conector de procesos de estigmatización. De tal modo, se evidencia la necesidad de estudiar este fenómeno como iniciativas de mejora en la atención sanitaria.
- Lo anterior rectifica la importancia del reconocimiento que los profesionales de salud pueden potencializarlas de conductas de estigmatización y discriminación,

pero a su vez, también; pueden ser agentes de cambio, frente a la desestigmatización, e incluso profesionales activos cumpliendo un rol en pro del fortalecimiento de estrategias antiestigma en la atención sanitaria y en el ámbito comunitario.

- Esta investigación de estigma en salud mental, evidencian la necesidad de realizar investigaciones que profundicen en el diseño, implementación y evaluación de medidas anti-estigma, pues como ya se sabe en Chile, se tienen estrategias en el plan nacional de salud mental, más no se priorizada estrategia específicas de intervenciones antiestigma, Esperemos que se vengan nuevos proyectos, para abordar esta problemática que es prioritaria en salud pública en Chile.

CAPÍTULO 6

PÁGINAS FINALES

6.1 BIBLIOGRAFÍA

- Abeldaño et al. 2016. “Estigma Internalizado En Consumidores de Drogas En Córdoba, Argentina.” *Acta de Investigación Psicológica* 6(2):2404–11.
- Arnaiz, A. and J. Uriarte. 2006. *Estigma y Enfermedad Mental*. Vol. 26. Retrieved December, 2018. (<http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-26/049-estigma-y-enfermedad-mental.pdf>)
- Avifes. 2014. “Enfermedad Mental.” Retrieved December 11, 2018 (<https://avifes.org/enfermedad-mental/>).
- Becerril et al. 2011. “Sistema de Salud de Chile.” *Salud Pública de México* 53:s132–42. Retrieved December, 2018. (<https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s132-s142/>).
- Bustamante et al , 2016. Preventing mental illness related stigma and promoting recovery in primary health care in Peru. Mental Health Innovation Network (MHIN).
- Campo et al, 2014. “Estigma: Barrera de Acceso a Servicios En Salud Mental.” *Revista Colombiana de Psiquiatría* 43(3):162–67.
- Capezza et al. (2012). Perceived discrimination is a potential contributing factor to substance use and mental health problems among primary care patients in Chile. *J Addict Med*, 6, 297-303.
- Cazzaniga et al. 2015. *Salud Mental e Inclusión Social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma*.

- Corrigan et al. 2010. Self stigma and coming out about one's mental illness *Journal Community Psychology*, 38, (3).
- Duarte et al. 2016. "El Estigma y El Prejuicio: La Experiencia de Los Consumidores de Crack."
- Fougere et al. 2009. *Plan Estratégico de California Para Reducir El Estigma y La Discriminación Asociados Con La Salud Mental*. California.
- Guba E et al. 1981. *Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gaebel et al. 2006. *The relationship between mental illness severity and stigma*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 113 (429): 41-45.
- Gil et al. 2016 *El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general*. España.
- Hammarlund et al. 2018. "Review of the Effects of Self-Stigma and Perceived Social Stigma on the Treatment-Seeking Decisions of Individuals with Drug- and Alcohol-Use Disorders." *Substance Abuse and Rehabilitation* 9:115–36.
- Krippendorff K. 1990. *Metodología de análisis de contenido*. 1º Ed. España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Lopez et al, 2008. *The struggle against the stigma and discrimination in mental health. A complex strategy based on available data*.
- Luoma et al. 2008. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addict Res Theory*. 16(2): 149–165. doi:10.1080/16066350701850295.

Noreña et al 2012, Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa, VOL. 12 N° 3 -Chia, Colombia.

Mascayano et al. 2015. *Stigma towards Mental Disorders: Characteristics and Interventions*. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia. Vol. 38.

Minoletti et al. 2015. *Manual de derechos de salud mental*. Pages 9.

Minoletti et al. 2012. *Salud Mental En Atención Primaria En Chile: Aprendizajes Para Latinoamérica*. Vol. 20.

Minoletti, Alberto and Rafael Sepúlveda. 2017. *Situación de La Atención de Salud Mental En El Sistema Público Chileno En Comparación Con Otros Países*.

MINSAL, 2017, “*Plan nacional de salud mental*.”

Mora et al. 2017. *AddictionRelated Stigma and Discrimination: A Qualitative Study in Treatment Centers in Mexico City* *Journal Substance Use & Misuse* Volume 52, Issue 5 Pages 594-603 | Published online: 27 Dec 2016 Download citation <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1245744>

Muñoz et al, 2006. “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma” (<https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>).

Muñoz et al, (2009) *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: ed. Complutense.

Obertament. 2016. “El Estigma y La Discriminación En Salud Mental En Cataluña.” Retrieved December 11, 2018. (<https://consaludmental.org/publicaciones/estigma-salud-mental-2016.pdf>).

- OMS. 2004. *Invertir en salud mental*. Edited by R. Seminario and E. Bello.
- OMS. 2013. *Manual de Salud Mental Para Trabajadores de Atención Primaria*. Serie PALT. Edited by J. Rodriguez and A. Minoletti. Washington.
- OMS. 2010. “Ciudadanos Marginados”.
https://www.who.int/features/2005/mental_health/es/
- Pascual et al. 2017. “El estigma en la persona adicta”. *Revista Sociodrogalcohol* Vol 29:4.
- OPS. 2009. “Estrategia y plan de acción sobre salud mental” Retrieved December 11, 2018 (https://www.who.int/features/2005/mental_health/es/)
- OPS. 2014. “Plan de acción sobre salud mental” Retrieved December 11, 2018 (<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf>)
- OPS. 2015. “La Salud Mental En La Región de Las Américas.” Retrieved December 11, 2018 (https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es).
- Pedersen, Duncan. 2009. “Estigma y Exclusión En La Enfermedad Mental: Apuntes Para El Análisis e Investigación.” Retrieved December 11, 2018 (https://www.researchgate.net/publication/281364699_Estigma_y_exclusion_en_la_enfermedad_mental_Apuntes_para_el_analisis_e_investigacion).
- Phelan JC. Conceptualización del estigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27: 363-85.
- Sanchez, Maria. 2016. “Estigma En Los Profesionales de Salud Mental.” Universidad Jaume.
- Santiago et al. 2016. “El Estigma Hacia Personas Con Enfermedad Mental En Profesionales Sanitarios Del Hospital General.” *XIV:nº 55*: 103-111.

Rigol Cuadra A. 2006. “¿Qué hacer contra el estigma asociado al trastorno mental?”.

(<http://www.index-f.com/presencia/n4/55articulo.php>).

Vicente et al. 2005. Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental en Chile. *Rev panam salud pública*;18(4/5):263-270.

Vicente, et al 2016. “Prevalencias y Brechas Hoy: Salud Mental Mañana.” *Acta Bioethica* 22(1):51–61.

Vasquez, Andrea and Alicia Stolkiner. 2009. *Anuario de Investigaciones*. Vol. XVI. Facultad de Psicología, UBA, Subsecretaría de Investigaciones.

6.2 ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO USUARIOS

**DOCUMENTO GENERAL DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA USUARIOS/AS
(Participación en Grupo Focal)**

Nombre del Estudio:	Estigma hacia la Enfermedad Mental entre Profesionales de Atención Primaria en Chile
Sigla Protocolo:	
Patrocinador del Estudio / Fuente Financiamiento	FONDECYT Regular 2016
Investigador Responsable:	Jaime Sapag Teléfono: (56-2) 2354-6451
Depto/UDA	Departamentos de Salud Pública y de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar, -o no-, en una investigación de servicios de salud.

Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento y realice las preguntas que desee al personal del estudio.

Esta investigación está siendo financiada por Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT, Concurso Regular 2016) que aporta financiamiento para que el equipo investigador y la institución beneficiaria.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se desarrolla en 8 a 12 Servicios de Salud del país, principalmente Centros de Salud Familiar -CESFAM- (40-50 aproximadamente) y en centros de salud mental de dichos Servicios de Salud. El estudio se compone de las siguientes etapas (1) adaptación y validación de un instrumento para medir estigma entre los profesionales de la salud, (2) aplicación de un cuestionario auto-administrado para evaluar estigma en profesionales de la salud (se espera encuestar a cerca de 500 profesionales), (3) aplicación de un cuestionario cara a cara para evaluar estigma percibido por usuarios que hayan recibido atención en los CESFAMs por alguna condición de salud mental (se espera encuestar a cerca de 500 usuarios mayores de 18 años y menores de 65 años), (4) Entrevistas y grupos focales con profesionales vinculados a los Centros de Atención Primaria y gestores /directivos en los Servicios de Salud seleccionados; y (5) Entrevistas y grupos focales con usuarios que hayan recibido atención en los CESFAMs por alguna condición de salud mental, de acuerdo a los criterios de inclusión de este estudio, en los Servicios de Salud seleccionados.

PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Usted ha sido contactado como usuario de este Centro de Atención Primaria o CESFAM y su nombre ha sido sugerido por su equipo de salud para invitarlo al estudio participar de manera totalmente voluntaria - si usted lo desea- en un grupo de conversación (Grupo Focal), donde habrá entre 8 a 12 personas, aproximadamente. Los participantes serán usuarios externos (pacientes de CESFAMs de este Servicio de Salud), y en capacidad de aceptar participar (consentir personalmente). La actividad le tomará aproximadamente 90 minutos donde se conversará sobre

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN FUNCIONARIOS

DOCUMENTO GENERAL DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRESTADORES (Participación en Entrevista Individual)

Nombre del Estudio:	Estigma hacia la Enfermedad Mental entre Profesionales de Atención Primaria en Chile
Sigla Protocolo:	
Patrocinador del Estudio / Fuente Financiamiento	FONDECYT Regular 2016
Investigador	Jaime Sapag
Responsable:	Teléfono: (56-2) 2354-6451
Depto/UDA	Departamentos de Salud Pública y de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar, -o no-, en una investigación de servicios de salud.

Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento y realice las preguntas que desee al personal del estudio.

Esta investigación está siendo financiada por Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT, Concurso Regular 2016) que aporta financiamiento para que el equipo investigador y la institución beneficiaria, la Pontificia Universidad Católica de Chile, puedan concretar la realización de la investigación.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente proyecto tiene como objetivo examinar y comprender en profundidad el fenómeno del estigma/discriminación hacia personas con enfermedad mental en la Atención Primaria de Salud en Chile, considerando las perspectivas tanto de los profesionales¹ como de los usuarios², teniendo en cuenta las particularidades del contexto.

Esta investigación se desarrolla en 8 a 12 Servicios de Salud del país, principalmente en Centros de Atención Primaria / Centros de Salud Familiar -CESFAM- (40-50 aproximadamente) y en dispositivos de salud mental de dichas redes de salud. El estudio incluye los siguientes componente principales: (1) adaptación y validación de un instrumento para medir estigma entre los profesionales de la salud; (2a) aplicación de un cuestionario auto-administrado para evaluar estigma en profesionales de la salud (se espera encuestar a cerca de 500 profesionales); (3a) aplicación de un cuestionario cara a cara para evaluar estigma percibido por usuarios que hayan recibido atención en los CESFAMs por alguna condición de salud mental (se espera encuestar a cerca de 500 usuarios mayores de 18 años y menores de 65 años); (4a) Entrevistas y grupos focales con profesionales

ANEXO 2. ÁRBOL DE CODIFICACIONES

USUARIOS

1. Calidad de atención

1.1.1 Valoración entrega de atención

1.2.1.1 Dificultades en la entrega de atención

1.2.1.1.1 Agenda de horas

1.1.1.1.1 Rotación de personal

1.2.1.1.2 Tiempos de atención

1.1.1.1.2 Falta de recursos humanos y/o económicos

1.2.1.1.3 Percepción de sobrecarga en funcionarios

1.2.1.1.4 Falta de conocimientos en Salud mental en funcionarios

1.2.1.2 Facilitadores en la entrega de atención

1.2.2 Evaluación de tratamiento

1.2.2.1 Adherencia al tratamiento

1.2.2.2 Protocolos

1.2.2.2.1 Referencia y/o contrareferencia

1.2.2.2.2 Derivación

1.2.2.2.3 Interconsulta

1.2.2.2.4 Otros

1.2.3 Evaluación de relación con el profesional de Salud y/o Funcionario

Administrativo

1.2.3.1 Trato

1.2.3.1.1 Funcionario administrativo

1.2.3.1.2 Profesional de la Salud Mental u otro profesional

1.1.1.1.2.1 Positivo

1.2.1.1.1.1 Profesional destacado positivamente

- 1.2.3.1.2.1 Negativo
- 1.2.1.1.1.2 Profesional destacado negativamente
- 1.2.3.2 Tipo de relación con los Profesionales de Salud Mental u otro profesional
 - 1.2.3.2.1.1 Cercana
 - 1.2.3.2.1.2 Relación Autoritaria
 - 1.2.1.1.1.3 Abusiva
- 1.2.4 Reclamos y quejas
 - 1.2.4.1 Contenido de reclamos
 - 1.2.4.2 Recepción de los reclamos
 - 1.2.4.3 Efectividad del reclamo
- 1.3 Experiencia subjetiva del diagnóstico
 - 1.1.2 Motivo de atención de Usuario
 - 1.1.3 Diagnóstico de usuarios
 - 1.3.1 Evolución del diagnóstico
 - 1.3.1.1 Experiencia del diagnóstico
 - 1.3.1.2 Efectividad tratamiento
 - 1.3.1.3 Redes de Apoyo
 - 1.2.2 Experiencias y/o Tratamientos pasados
- 1.4 Estigma y discriminación
 - 1.4.1 Definición de estigma
 - 1.2.3 Estigma percibido en Servicio de Salud
 - 1.4.1.1 Estigma en Profesionales no percibido
 - 1.4.1.2 Presencia estigma
 - 1.1.3.1 Incertidumbre sobre la presencia del estigma
 - 1.4.2 Estigma de cortesía
 - 1.4.2.1 Cualidades y/o características
 - 1.4.2.2 Comportamientos
 - 1.4.3 Estigma estructural

- 1.4.3.1 Cualidades y/o características
- 1.4.3.2 Comportamientos
- 1.4.4 **Estigmas en Servicios de Salud**
 - 1.4.4.1 **Profesional programa de Salud mental**
 - 1.4.4.1.1 **Cualidades y/o características**
 - 1.4.4.2 **Comportamientos**
 - 1.4.4.3 **Otros Profesionales y/o funcionarios**
 - 1.4.4.3.1 **Cualidades y/o características**
 - 1.4.4.3.2 **Comportamientos**
 - 1.4.4.4 **Funcionario Administrativo**
 - 1.4.4.4.1 **Cualidades y/o características**
 - 1.4.4.4.2 **Comportamientos**
- 1.1.4 Evolución de estigma en Chile
- 1.4.5 Estigma Público
 - 1.1.4.1 Comunidad
 - 1.4.5.1 Familia
- 1.1.5 Consecuencias en el usuario discriminación y/o estigmatización
 - 1.4.5.2 **Autoestigma**
 - 1.4.5.2.1 **Cualidades y/o características**
 - 1.4.5.2.2 **Comportamientos**
 - 1.4.5.2.3 **Otros significados asociados al estigma “loca”**
 - 1.4.5.3 Emocionales
 - 1.4.5.4 Tratamiento
 - 1.4.5.5 Otro
- 1.1.6 **Factores que influyen en la discriminación y/o estigmatización**
 - 1.4.5.6 **Cualidades del usuario**
 - 1.4.5.6.1 **colaborativo**
 - 1.4.5.6.2 **No colaborativo**
- 1.2.3.1 **Factores que fomentan la discriminación y/o estigmatización**

1.4.5.7 Efectos variables sociodemográficas

1.4.5.7.1 Género y/o diversidad sexual

1.4.5.7.2 Ingreso socioeconómico

1.4.5.7.3 Nivel educacional

1.4.5.7.4 Localización del CESFAM

1.1.6.1.1 Otros

1.4.5.8 Factores protectores

1.4.6 Medidas sugeridas anti-estigma

1.4.6.1 Talleres educacionales basadas contacto con el Usuario

1.4.6.2 Dirigidas hacia el trato

1.1.6.2 Profundizar empatía

1.1.6.3 Capacitaciones sobre conocimientos en Salud Mental

1.1.6.4 Otras medidas

PROFESIONALES/ FUNCIONARIOS

- 1.1. **Relación Usuario Salud Mental**
 - 1.1.1. **Grado de cercanía con el Usuario**
 - 1.1.2. **Trato con el usuario**
 - Trato desde el profesional de Salud**
 - 1.1.2.1. **Afectos hacia el usuario de Salud Mental**
 - 1.1.2.2. **Conflictos con el Usuario de Salud Mental**
 - 1.1.2.3. **Perspectiva trato personal administrativo**
- 1.2. **Percepción sobre el pronóstico y/o efectividad del tratamiento**
 - 1.2.1. **Salud Mental**
 - 1.2.1.1. **Optimista**
 - 1.2.1.2. **Pesimista**
 - 1.2.2. **Usuarios consumidores de sustancias**
 - 1.2.2.1. **Optimista**
 - 1.2.2.2. **Pesimista**
- 1.3. **Caso de Salud mental etiquetado como “Caso difícil”**
 - 1.3.1. **Descripción de caso difícil**
 - 1.3.2. **Afectos asociados al “Caso difícil”**
 - 1.3.3. **Abordaje de casos difíciles**
 - 1.3.3.1. **Elementos de intervención exitosa**
 - 1.3.3.2. **Elementos de intervención no exitosa**
- 1.4. **Protocolo de derivación**
- 1.5. **Discriminación-estigmatización**
 - 1.5.1. **Definición de estigma**
 - 1.5.2. **Autoestigma del Usuario**
 - 1.5.3. **Estigma estructural**
 - 1.5.4. **Estigma por cortesía**
 - 1.5.5. **Estigma Público**

- 1.5.6. Estigma percibido hacia el usuario de Salud Mental
 - 1.5.6.1. Estigma percibido en Servicios de Salud
 - 1.5.6.1.1. Presencia estigma en profesionales de Salud
 - 1.5.6.1.1.1. Indirecta hacia el usuario
 - 1.5.6.1.1.2. Presencial hacia el usuario
 - 1.5.6.1.2. Estigma por parte del entrevistado
 - 1.5.6.1.3. Estigma en profesionales no percibido
 - 1.5.6.2. Asignación de cualidades y/o características según diagnóstico
 - 1.5.6.2.1. Cualidades y/o características compartidas por Usuarios de Salud Mental y/o Consumidores de sustancias
 - 1.5.6.2.2. Cualidades y/o características distintivas de Usuarios de Salud y/o Consumidores de Sustancias
 - 1.5.6.3. Comportamientos estigmatizantes
 - 1.5.6.3.1. Uso de lenguaje (etiquetas)
 - 1.5.6.3.1.1. Uso del entrevistado
 - 1.5.6.3.1.2. Uso por otros profesionales
 - 1.5.6.3.2. Paternalismo
 - 1.5.6.3.3. Etiquetar ficha de usuario
 - 1.5.6.3.4. Otros comportamientos
 - 1.5.6.4. Creencias sobre las consecuencias del estigma en el Usuario
 - 1.5.6.5. Evolución del estigma en Salud Mental
- 1.5.7. Factores que influyen en la discriminación y/o estigmatización
 - 1.5.7.1. Características del Usuario
 - 1.5.7.1.1.1. Colaborativo
 - 1.5.7.1.1.2. Complejo
 - 1.5.7.1.2. Antecedentes

- 1.5.7.1.2.1. Maltrato intrafamiliar
- 1.5.7.1.2.2. Situación Penal
- 1.5.7.1.2.3. Maltrato a funcionarios
- 1.5.7.1.2.4. otros
- 1.5.7.2. Experiencia personal del profesional y/o funcionario en Salud Mental
 - 1.5.7.2.1. Experiencia con un familiar u otra persona significativa con problema de Salud Mental
 - 1.5.7.2.2. Contacto periódico con personas de Salud Mental
 - 1.5.7.2.3. Conocimiento especializado en temáticas de Salud Mental
 - 1.5.7.2.4. Percepción Salud Mental en Chile
 - 1.5.7.2.4.1. Valoración de SM
 - 1.5.7.2.4.2. Paradigma del Profesional sobre Salud Mental
- 1.5.7.3. Factores protectores de la discriminación y/o estigmatización
 - 1.5.7.3.1. Conductas protectoras que evitan la discriminación
 - 1.5.7.3.2. Cualidades personales del profesional de salud y/o funcionario administrativo u otro
 - 1.5.7.3.3. Trabajo en equipo
- 1.5.7.4. Factores que fomentan la discriminación y/o estigmatización
 - 1.5.7.4.1. Ausencia de medidas por parte de la institución
 - 1.5.7.4.2. Presión de tiempo
 - 1.5.7.4.3. Dificultad entrega de atención
 - 1.5.7.4.4. Sobrecarga laboral
 - 1.5.7.4.5. Bajo nivel de compromiso de los profesionales de salud u otro funcionario

- 1.5.7.4.6. Disposición a trabajar en salud mental
- 1.5.7.4.7. Falta de conocimientos en Salud mental
- 1.5.7.4.8. Falta recursos humanos y/o económicos
- 1.5.7.4.9. Rotación de personal
- 1.5.7.4.10. Ausencia trabajo en equipo
- 1.5.7.4.11. Otros
- 1.5.7.5. Efecto variables sociodemográficas
 - 1.5.7.5.1. Género y/o diversidad sexual
 - 1.5.7.5.2. Ingreso socioeconómico
 - 1.5.7.5.3. Nivel de educación
 - 1.5.7.5.4. Localización de Cesfam
 - 1.5.7.5.5. Otros
- 1.5.8. Elementos Sugeridos para intervención anti-estigma
 - 1.5.8.1. Intervenciones basados contacto con el Usuario
 - 1.5.8.1.1. Dirigidas hacia el trato desde funcionario
 - 1.5.8.1.2. Profundizar empatía desde funcionario
 - 1.5.8.2. Líderes o Mediadores
 - 1.5.8.3. Defensa de Derechos del Usuario
 - 1.5.8.4. Talleres experienciales/expresión artística
 - 1.5.8.5. Análisis de protocolos institucionales
 - 1.5.8.6. Capacitaciones sobre conocimientos en Salud Mental
 - 1.5.8.7. Otras medidas
 - 1.5.8.8. Factibilidad implementación de intervención anti-estigma
 - 1.5.8.8.1. Barreras
 - 1.5.8.8.2. Facilitadores**