



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGIA

**ANÁLISIS DE VARIABLES PREDICTORAS DE PERSPECTIVA DE
RECUPERACIÓN RESPECTO DE PERSONAS CON TRASTORNOS DE
SALUD MENTAL EN FUNCIONARIOS/AS DE ATENCIÓN PRIMARIA,
CHILE**

ANA-DANAE JOFRÉ ESCALONA

Profesor Guía: Alex Behn Berliner
Co-Tutor: Jaime Sapag

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para
optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica

**Octubre, 2020
Santiago, Chile**

A mi madre, padre, hermano y Vicente
A Ana y Sergio, mis abuelos
A mi familia, tías, tíos, primos y primas
A Alex

AGRADECIMIENTOS

El proceso de construcción de esta tesis no hubiese sido posible sin, en primer lugar, mi madre **Alicia**. De ella nacieron todos los esfuerzos hasta hoy. A mi hermano, **Sergio**, por darme material para pensar y conversar con él, las risas, las penas lloradas y la música. A **Vicente**, mi sobrino primero, que siempre me equilibra con juegos y el mundo digital, gracias por sacarme de la vida adulta. A mi padre, **Rodolfo**, quien siempre ha tenido confianza en mí y en lo que hago, cualquiera que esto sea. Gracias papá. A mi familia extensa, quien me apoya incondicional y amorosamente siempre. Los adoro. A **Alex**, por acompañarme en las buenas decisiones y en las malas decisiones, por contribuir a mi vida y hacerle bien a mi corazón y espíritu.

Esta tesis tampoco hubiese llegado hasta aquí sin el apoyo del **Dr. Jaime Sapag**, co-tutor de esta tesis, quien gentilmente me anidó en su Proyecto primero como personal técnico, luego como tesista. Gracias por enseñarme tanto quizás sin quererlo y por tomarme de la mano en mis primeras experiencias laborales, gracias por invitarme a poner atención en la salud pública de nuestro país. Agradezco enormemente a mi Profesor Guía, **Alex Behn**, quien con mucha paciencia explicó y supervisó todos los procedimientos en mi primera andanza por los análisis cuantitativos y el trabajo de datos. Gracias por el ánimo de los pequeños avances dados y por guiarme. También agradezco al Profesor **Álvaro Vergés** quien apoyó los primeros pasos del análisis de datos de este trabajo y quien dio guía certera y oportuna. Gracias por brindarme tu apoyo. Junto a él, agradezco enfáticamente el apoyo y supervisión del Profesor **Jaime Delgadillo**, Director de Investigación en Terapias Psicológicas de la Fundación Trust, quien gentilmente aceptó guiarnos cuando necesitamos desenredarnos de los primeros intentos de análisis de datos. Estoy grandemente agradecida de él.

Por último, agradezco a mis **compañeras y compañeros** de generación en el Magíster. Hasta el final de las residencias con ustedes en mi corazón.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROYECTO	7
ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS	10
Trastornos de salud mental en Chile y el mundo.....	10
El fenómeno del estigma hacia trastornos de salud mental.....	13
Factores asociados a niveles de estigmatización hacia trastornos de salud mental en trabajadores de la salud	16
El enfoque de recuperación como desafío y oportunidad frente al fenómeno del estigma	19
La recuperación como proceso multidimensional	21
Alcances al concepto de “Recuperación”.....	23
Fenómeno del Estigma y el enfoque de Recuperación	24
OBJETIVOS.....	27
Objetivo General.....	27
Objetivos Específicos.....	27
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	28
Pregunta de investigación N°1	28
Pregunta de investigación N°2.....	28
METODOLOGÍA.....	29
Contexto del presente estudio.....	29
Procedimiento de obtención de datos.....	30
Participantes.....	30
Instrumentos de recolección de datos	31
Recovery Scale.....	31
Encuesta de Variables Sociodemográficas y Específicas	32

Procedimiento de análisis de datos	33
Preparación de datos secundarios y creación de variables (predictores)	33
Análisis de datos secundarios	33
Tabla N°1. <i>Variables ingresadas análisis de regresión múltiple jerarquizada.</i>	34
Tabla N°2. <i>Variables ingresadas en modelo LASSO con escalamiento óptimo</i>	36
RESULTADOS	38
Análisis Descriptivo de la Muestra	38
Tabla N°3. <i>Estadísticos descriptivos de la Muestra</i>	38
Puntajes Totales en Recovery Scale	39
Análisis de Correlaciones.....	39
Tabla N°4. <i>Matriz de Correlaciones</i>	40
Análisis de Regresión Múltiple Jerarquizada	43
Tabla N°5. <i>Coefficientes Regresión Múltiple Jerarquizada</i>	43
Tabla N°6. <i>Resumen del Modelo Regresión Múltiple Jerarquizada</i>	45
LASSO	45
Tabla N°7. <i>Modelo seleccionado por LASSO N°23</i>	46
Tabla N°8. <i>Valores β y p de predictores Modelo LASSO N°23</i>	47
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	48
REFERENCIAS	56
ANEXOS.....	66
ANEXO N°1. INSTRUMENTO RECOVERY SCALE (RS).....	67

RESUMEN

Estudio anidado al Proyecto FONDECYT 1160099, “Estigma hacia la enfermedad mental en profesionales de atención primaria, Chile” entre los años 2016 y 2019.

Objetivo: Identificar variables sociodemográficas, de formación profesional y experiencia cercana con trastornos de salud mental que predigan perspectiva de recuperación reportada por funcionarios de atención primaria.

Método: Estudio analítico exploratorio de datos secundarios obtenidos de funcionarios de 34 Centros de Atención Primaria de Chile. Se realizó análisis de regresión múltiple jerarquizada y LASSO. En ambos modelos se identificó el “Puntaje Total” en la “Recovery Scale” como variable dependiente y catorce otras variables se identificaron como predictores.

Resultados: Con un $n=779$ la edad promedio fue de 38 años ($\pm 10,456$), 97,8% de nacionalidad chilena, 72,7% perteneciente al equipo de salud de su CESFAM y 57% refirió haber tenido un familiar y/o amigo/a con problemas de salud mental. La media de puntaje obtenido en RAS fue de 71,37 ($71,37 \pm 15,264$) puntos. En regresión múltiple jerarquizada, las variables “Importancia de Problemas de Salud Mental en el CESFAM” ($\beta = ,106$, $p < ,008$) y “Experiencia cercana con familiares y/o amigos con problemas de salud mental” ($\beta = -,101$, $p < ,014$) se mantuvieron como predictores significativos de perspectiva de recuperación. LASSO arrojó sólo la variable “Experiencia de familiares y/o amigos con problemas de salud mental” ($\beta = ,002$, $p < ,005$) como predictor significativo de menor perspectiva de recuperación.

Discusión: La experiencia cercana con problemas de salud mental reportada por los funcionarios se visualiza como único predictor de menor perspectiva de recuperación hacia personas con trastornos mentales. Se proponen reflexiones sobre los alcances teóricos y prácticos del continuo estigma-recuperación. También se plantea la necesidad de estudios situados y basados en los recursos actualmente disponibles en tratamientos de salud mental, fortaleciendo así las prácticas que en la realidad nacional pudiesen tener mayor probabilidad de éxito al abordar fenómenos como el estigma.

INTRODUCCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROYECTO

La Organización Mundial de la Salud (2010), ha identificado al grupo de personas con trastorno¹ de salud mental como una población vulnerable. Este organismo ha evidenciado barreras a las que este grupo debe enfrentarse en diversas áreas de desarrollo vital, como la restricción de derechos civiles, políticos, económicos y reproductivos junto a un bajo acceso a los sistemas de salud disponibles, enfrentándose a altos niveles de estigma y discriminación (OMS, 2013).

Los trastornos de salud mental son entendidos como un síndrome que conlleva alteraciones clínicamente significativas del estado cognitivo, la regulación emocional y/o del comportamiento, reflejos estos de una disfunción de procesos psicológicos, biológicos y/o el desarrollo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). En Latinoamérica, menos del 40% de personas con trastorno de salud mental han recibido tratamiento de salud mental (Khon, 2018) y en Chile representan el 23.2% de la carga de morbilidad, donde la depresión mayor, trastornos ansiosos y consumo de sustancias mantienen las mayores prevalencias (MINSAL, 2017; Vicente, Saldivia y Pihán, 2016).

El núcleo principal de atención en salud mental en el contexto nacional mantiene sus bases ancladas a la atención primaria, la que se articula como primera puerta de entrada a atenciones en salud.

Su fortalecimiento a través del tiempo se ha basado en la implementación cada vez más formal de un modelo de atención integral centrado en la persona, su familia y su comunidad (Dois, Contreras, Bravo, Mora, Soto y Solís, 2016).

¹ En esta oportunidad, el término “trastornos” se emplea tomando en cuenta tanto su uso en diversas disciplinas como sus limitaciones. Se releva la importancia que el término hace de la experiencia subjetiva y personal de cada persona viviendo alguno del amplio espectro de problemas de salud mental prevalentes en la población.

A pesar de estos esfuerzos se ha reportado que los países, entre ellos Chile, no han dado respuestas adecuadas frente a la carga de trastornos mentales facilitando una brecha significativa entre necesidad de tratamiento y oferta de prestación (OMS, 2013; Irrarázabal, Prieto y Armijo, 2016; WHO-AIMS, 2014, OPS, 2017). Se ha evidenciado que la baja detección y adherencia al tratamiento frente a problemas de salud mental se debería principalmente a prejuicios existentes contra las personas que presentarían este tipo de problemas y, al mismo tiempo, a las posibilidades de ser discriminados/as debido a su diagnóstico psiquiátrico (Corrigan, 2006; Henderson, Evans-Lacko y Thornicroft, 2013).

Junto a esto, ya que la salud mental ha sido parte de las prestaciones de salud en atención primaria, también se han reportado actitudes como rechazo, miedo, acusaciones y restricción de la labor terapéutica frente a personas en tratamiento de salud mental entre funcionarios de centros de atención en salud (Mora-Ríos y Bautista, 2014; Loubat, Lobos y Carrasco, 2017).

Sin embargo, esfuerzos para combatir la brecha de tratamiento, las inequidades y la prevalencia de estigma en salud mental, han sido desplegados en contextos de salud primaria a nivel mundial y en el contexto nacional. Entre ellos, el *enfoque de recuperación* surge, no sólo como un recurso terapéutico en el abordaje de trastornos de salud mental sino que también se presenta como un recurso reivindicatorio, donde la protección de derechos del paciente, su involucración activa en sus tratamientos de salud, la inclusión social y el trabajo en contra el estigma y la discriminación serían ejes centrales de esta propuesta (MINSAL, 2017).

Junto a lo anterior, también se ha visualizado que funcionarios de salud mental han invertido un tiempo significativo en abogar por la importancia de la integración óptima de la salud mental a atención primaria a las autoridades (Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon,

2012). Aquello invita a explorar no sólo los aspectos negativos de fenómenos como la estigmatización en atención en salud.

Es por esto que explorar los recursos y oportunidades de los que se disponen en centros de atención primaria para avanzar hacia la inclusión y protección de derechos de usuarios y usuarias de prestaciones de salud mental se vuelve también relevante, siendo el enfoque de recuperación uno de ellos, foco del presente estudio.

Este estudio, por consiguiente, mantiene como propósito el aportar al cuerpo de investigación sobre el panorama actual del enfoque de recuperación en atención primaria en el contexto nacional, el que ya ha sido propuesto como desafío para este sub-sector del sistema público.

Profundizar en el estudio de la perspectiva de recuperación en funcionarios y funcionarias no sólo apuntaría a obtener una mirada preliminar del estado de arte de esta propuesta en el abordaje de problemas de salud mental en contextos de atención primaria de salud sino que también dar luces sobre los procesos de inclusión social de este grupo de población (MINSAL, 2014), de manera que fenómenos como el estigma en salud mental puedan entenderse e intervenir de igual manera (Corrigan, 2012).

ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS

Trastornos de salud mental en Chile y el mundo

La salud mental de los individuos puede verse afectada por factores y condiciones socioeconómicas que han buscado ser resueltas a través de la promoción, la prevención, el tratamiento y la recuperación en dispositivos de salud, especialmente de nivel primario (OMS, 2013). En el contexto nacional, la prevalencia de trastornos de salud mental continúa alta, especialmente trastornos afectivos como la depresión, trastornos ansiosos y consumo de sustancias psicoactivas (MINSAL, 2017; Goic, 2015).

En diversos informes, la Organización Mundial de la Salud ha destacado la preocupante carga de enfermedad que representan los problemas de salud mental a nivel mundial. A modo de ejemplo, la probabilidad de sufrir muerte prematura aumenta entre un 40% y 60% al presentar diagnósticos como depresión o esquizofrenia y los problemas de salud mental y consumo de sustancias explicarían el 9,5% de los años ajustados por discapacidad y el 28% de los años vividos con discapacidad (OMS, 2013, 2018).

En el contexto nacional, el 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) está asociado a trastornos neuropsiquiátricos, siendo los trastornos depresivos unipolares, trastornos de ansiedad y consumo de alcohol los más prevalentes entre población adulta chilena (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2008; MINSAL, 2017).

Frente a la alta prevalencia de trastornos de salud mental se ha identificado igualmente la amplia brecha existente en el acceso a prestaciones y tratamientos para problemas de este tipo. A nivel mundial se estima que sólo entre el 35% y 50% de los casos graves de trastornos de salud mental en países desarrollados presenta la posibilidad de acceder a tratamiento (OMS, 2008).

En la región de Latinoamérica, la brecha en tratamiento de salud mental se alza hasta un 69,9%, cifra representativa de países poco desarrollados (Kohn, 2018). Así mismo, en el contexto nacional, se ha reportado que la brecha al acceso de cualquier tratamiento de salud mental alcanza a un 61,5% de la población con este tipo de problemas (Kohn, 2013).

El escenario descrito anteriormente daría cuenta que, históricamente, los trastornos de salud mental presentan menor cobertura por las diferentes instancias de financiamiento en Chile, sean estas de naturaleza pública o privada (Errázuriz, Valdés, Vöhringer y Calvo, 2015; Pontificia Universidad Católica de Chile, 2014).

Es así como, en Latinoamérica, las brechas en la atención a servicios de salud mental han buscado ser reducidas a través de políticas de salud pública que mantienen su origen en la Conferencia de Alma Ata, año 1978, y en la Declaración de Caracas en el año 1990 (Minoletti y Sepúlveda, 2012). Chile no ha sido la excepción y en el contexto nacional la salud mental ha buscado ser abordada en el sub-sistema de salud público de atención primaria, el que beneficiaría a cerca del 78% de la población a nivel nacional (Universidad del Desarrollo, 2019).

Abordaje de la salud mental en contextos de Atención Primaria

Desde la Conferencia de Alma-Ata (PAHO, 1978), la atención primaria representa el primer nivel de contacto entre los individuos y el sistema de salud siendo el principal vehículo para la entrega de prestaciones en salud mental (Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012; OMS, 2013), ofreciendo estrategias de abordaje de diversos problemas de salud con base en la comunidad y la protección de derechos de la población beneficiaria (OPS, 2007; Minoletti y Sepúlveda, 2012).

Esto se ha conseguido a través de un Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario con centralidad en las personas y las familias, la integralidad de la atención

y la continuidad de los cuidados (MINSAL, 2003; OPS, 2007; Dois, Contreras, Bravo, Mora, Soto y Solis, 2016).

En Chile, ya a partir del año 2005, se determinó y acordaron los principios que guían el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario en el contexto nacional a propósito de las reformas en salud llevadas a cabo en esa época (MINSAL 2005), entre los cuales se encuentra la centralidad en los usuarios, énfasis en la promoción y prevención de enfermedades en un abordaje integral y ambulatorio de diversos problemas de salud de la población (MINSAL, 2002; MINSAL, 2013).

Con lo anterior y tomando en cuenta las brechas de acceso a salud mental, se ha propuesto a la atención primaria de salud como oportunidad única para mejorar el abordaje de este tipo de problemas a través de la accesibilidad, detección temprana, cuidados continuos y coordinación de los servicios disponibles en la red (OMS, 2013; Sapag, Brena. et. al., 2019).

Aquellos antecedentes, entre otros, propiciaron que el actual plan de salud mental en Chile apunte a fortalecer la atención basada en la comunidad en dispositivos de atención primaria existentes en el país, facilitando así la inclusión social de personas beneficiarias de estos servicios (MINSAL, 2017).

El fenómeno del estigma hacia trastornos de salud mental

Una de las barreras de acceso a servicios de salud mental que ha sido ampliamente reconocida es el fenómeno social del estigma hacia las personas con problemas de salud mental (OMS, 2013; Henderson, Evans-Lacko y Thornicroft, 2013; Clement, Schauman, et. al, 2015; Loubat, Lobos y Carrasco, 2017).

Goffman (1963), hizo referencia al “estigma” como un atributo profundamente desacreditador que reduciría a la persona que lo presenta a una persona rebajada y manchada. Así, el estigma como fenómeno social involucraría procesos de etiquetamiento, estereotipia, separación cognitiva, reacciones emocionales y prejuicio, pérdida de estatus y discriminación (Link y Phelan, 2001), involucrando, en este caso, a personas que presentarían trastornos mentales.

Desde la psicología social, Allport (1971), define una dimensión importante del estigma y se refiere al concepto de prejuicio, haciendo alusión a la naturaleza infundada y al tono afectivo de este. Señala así, que el prejuicio se manifiesta en el trato que se dispone a individuos pertenecientes a un grupo rechazado por la sociedad.

Esta definición sería homóloga a lo entendido como estigma público, definido como el mantenimiento y aplicación de prejuicios y discriminación hacia un grupo de personas, en este caso con trastornos de salud mental (Corrigan, 2012; Clement, et. al. 2015).

Así, el prejuicio sería definido como una actitud más bien hostil hacia un individuo que pertenece a un grupo, simplemente por pertenecer a él, atribuyéndole las características que pueden objetivarse a ese grupo, posicionando al sujeto en una desventaja interpersonal no merecida (Allport, 1971). Así, al alero del fenómeno del estigma hacia trastornos de salud mental, surgirían estereotipos y prejuicios vinculados, principalmente, a la violencia, discapacidad e impredecibilidad hacia personas con este tipo de experiencia (Mascayano, Tapia y Schilling, et. al. 2015).

El fenómeno del estigma en contextos de prestaciones de salud

Tomando en cuenta lo anterior, no sólo la comunidad incurriría en prejuicios y discriminación, sino que también las personas trabajadoras de instituciones de salud, identificando a estas como otra fuente de estigmatización hacia trastornos de salud mental de igual manera (Mora-Ríos y Bautista, 2014; Tapia, Castro, Poblete y Soza, 2015).

Es así como el uso de sobrenombres y provocaciones por parte de funcionarios vinculados a salud mental han sido reportadas (Mora-Ríos y Bautista, 2014) junto a percepciones de impredecibilidad, violencia, incurabilidad, incomodidad y rechazo frente a usuarios con trastorno mental (Santiago, Navarro, Pérez y Betancort, 2016).

Por otro lado, actitudes como críticas, acusaciones, retos, ausencia de credibilidad y descalificación hacia personas usuarias de estos servicios junto a una percepción fatalista de su pronóstico también se han reportado (Mora-Ríos y Baustista, 2014).

Por último, se ha documentado una restricción de la labor terapéutica en la que incurrirían profesionales de salud mental (Loubat, Lobos y Carrasco, 2017), y falta de conocimiento sobre trastornos de salud mental al mismo tiempo que falta de conocimiento sobre la ocurrencia de fenómenos como el estigma en contextos de atención (Nyblade, Stockton, et. al. 2019).

Tomando en cuenta lo anterior, la ocurrencia del estigma hacia personas con trastornos de salud mental tendría relación con una serie de implicancias negativas en el proceso de detección, desarrollo y tratamiento del trastorno (Corrigan, 2006; Boyle, 2012).

En la literatura se ha reportado un incremento del sentido de aislamiento y alienación, sentimientos disminuidos de auto-eficacia y auto-estima, aumento y mantenimiento de síntomas relativos a trastornos mentales en las personas experimentándolos (Wahl, 2012; Corrigan, 2012).

En su revisión sistemática, Mascayano y colaboradores (2016) identificaron que uno de los resultados principales de los estudios analizados fue la experiencia de inequidad y exclusión social reportado por personas con trastorno de salud mental junto a sensaciones de aislamiento y disminución de la esperanza en su mejoría.

Con esto, el fenómeno del estigma ha sido estudiado en contextos de atención primaria de salud de igual manera. En su estudio y a través de una scoping review, Sapag y colaboradores (2017), reportaron que el estigma es uno de los factores limitantes hacia el acceso a servicios de salud mental en atención primaria.

Así mismo, a partir de un estudio sobre salud mental y atención primaria, Corrigan, Mittal y colaboradores (2014) también señalan que el estigma es un problema crítico, a partir de sus resultados en donde prestadores de servicios de salud reportaron menos acuerdo en que personas con trastornos de salud mental podían adherirse a su tratamiento.

Vistorte, Ribeiro y colaboradores (2018), aplicaron una escala de medición de estigma (Mental Illness: Clinician's Attitude Scale, MICA v4) a una muestra de 387 médicos de atención primaria de Bolivia, Brasil, Cuba y Chile. En su estudio, reportaron que aquellos médicos con mayores niveles de estigma en MICA, fueron más propensos a derivar a los pacientes a un psiquiatra frente casos de depresión y síntomas somáticos, a pesar de referir conocimiento sobre el tratamiento de aquellos trastornos.

Por lo anterior, el investigar fenómenos sociales como el estigma en contexto de salud y cómo aquello influye en los procesos de tratamientos en salud mental es relevante al comprender cómo las creencias sobre efectividad del tratamiento al inicio de este impactarían grandemente los resultados obtenidos (Henderson, Evans-Lacko y Thornicroft, 2013) y cómo la ocurrencia de prejuicios y discriminación obstaculizan el trabajo hacia la inclusión social de personas con algún trastorno mental (Tapia, et. al. 2015) y sus procesos de recuperación.

Factores asociados a niveles de estigmatización hacia trastornos de salud mental en trabajadores de la salud

A continuación, se exponen los factores y características de la población general y de los y las trabajadores de salud que se han identificado como factores relacionados en menor o mayor medida a la ocurrencia del fenómeno del estigma hacia trastornos de salud mental.

Mann y Himmelein (2004), a través de la administración de escalas de distancia social sobre depresión y esquizofrenia reportaron que, en general, las mujeres presentarían menor estigma en relación a participantes masculinos. En su revisión de literatura Farina, (1981), reportó que a pesar que hombres y mujeres mantendrían actitudes similares respecto de personas con problemas de salud mental, las mujeres tienden a comportarse de manera más favorable respecto de esta población.

Así mismo, Savrun, Arikan y colaboradores (2007), a partir de una muestra de jóvenes universitarios, reportaron que mujeres estigmatizaron menos a personas con problemas de salud mental que los participantes de género masculino.

Ahora, tomando en cuenta los contextos de prestaciones de salud propiamente tal, algunos estudios han reportado cómo influirían variables sociodemográficas en la ocurrencia de fenómenos como el estigma. En Finlandia, Ihalainen-Tamlander, Vähäniemi y colaboradores (2016), reportaron que enfermeras jóvenes y sin entrenamiento adicional en salud mental expresaron mayor temor hacia pacientes con problemas de salud mental.

Lam, Lam, Lam y Ku (2013) a partir de una muestra de 500 médicos familiares y a través de regresiones logísticas múltiples, reportaron las características sociodemográficas que se vincularían a mayor estigma, siendo estas “ser mujer”, “trabajar en un hospital”, “trabajar en el sector público”, “tener más años de experiencia” y “no haber tenido un cercano con problemas de salud mental”.

En cambio, en Chile se reportó preliminarmente que profesionales “mayores de 55 años”, “varones”, “con entrenamiento adicional en salud mental” y “trabajo en ámbito psicosocial” presentaron niveles menores de distancia social respecto de personas con trastornos de salud mental (Sapag y Velasco, 2020).

Las variables que indican experiencia propia con problemas de salud mental o experiencia con familiares y/o amigos con problemas de salud mental, también se han visualizado como factores relevantes al estudiar fenómenos como el estigma.

Read y Harré (2001) evidenciaron que estudiantes de psicología que señalaron haber tenido mayor contacto con “pacientes psiquiátricos” presentan actitudes más positivas hacia esta población. En Chile, este hallazgo fue confirmado cuando Santiago, Navarro, Pérez y Betancort (2016), reportaron mayores niveles de estigma y distancia social en funcionarios que han tenido menor contacto con personas con problemas de salud mental.

Así mismo en Chile, los funcionarios que reportaron experiencia con familiares o amigos con problemas de salud mental presentaron niveles relativamente menores de distancia social, mientras que la variable “experiencia personal propia con trastornos de salud mental” no presentó correlación significativa con escalas de distancia social (Sapag y Velasco, 2020).

En relación a variables como la profesión ejercida en contextos de salud y niveles reportados de estigma, una investigación en Puerto Rico documentó que profesionales médicos obtuvieron puntajes más elevados en escalas de medición de estigma seguido de trabajadores sociales y psicólogos (Frontera, Vargas, Segarra, Días, Figueroa y Hernández, 2013).

Tomando en cuenta lo anterior, en Figura N°1 se presentan las variables sociodemográficas que han reportado tener cierta influencia en lo que refiere a estudios sobre estigma en contextos de prestaciones de salud.

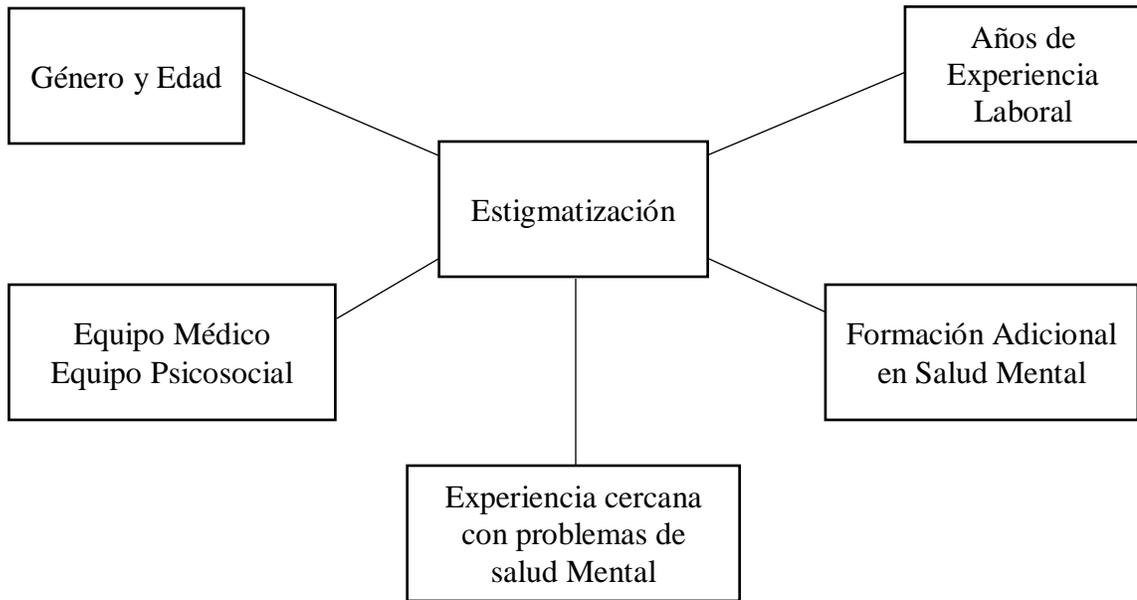


Figura N°1. Figura de producción propia de manera de señalar las variables sociodemográficas que influirían en niveles de estigma reportadas por funcionarios de salud a partir de los diversos estudios señalados en esta oportunidad.

A partir de señalado, el tener información sobre características y variables de una población de naturaleza sociodemográfica- por ejemplo, edad y género-, de formación profesional- por ejemplo, especialización y tiempo trabajado-, y variables de experiencia cercana con trastornos de salud mental- por ejemplo, experiencia propia con este tipo de trastornos y/o experiencia de familiares o amigos con este tipo de problemas-, pareciera ser importante al momento de explorar el estigma en contextos de salud, entendiendo así la influencia que pudiesen estar teniendo en la ocurrencia de fenómenos como este.

El enfoque de recuperación como desafío y oportunidad frente al fenómeno del estigma

A partir de los movimientos de desinstitucionalización en los años 60' y 70', surge la necesidad de fortalecer los servicios en salud mental basados en la comunidad y la visión de no sólo intentar dar remisión a síntomas de diversos trastornos mentales, sino que también dar respuesta a las necesidades socioeconómicas, vocacionales, educacionales, entre otras, de las personas padeciéndolos (Anthony, 1993).

Desde las experiencias de consumidores de sustancias psicoactivas y personas con experiencia de trastornos de salud mental es que comienza a tomar fuerza el concepto de recuperación como un movimiento que desafiaba las perspectivas clásicas de atención desde modelos bio-médicos e institucionales de salud (Davidson y González-Ibáñez, 2017).

Esta nueva forma de concebir el abordaje de los trastornos mentales y las personas implicadas en ello, da paso al enfoque recuperación que tuvo su mayor auge en los años 90' (Anthony, 1993), dando cuenta de la importancia de la construcción de un proyecto vital con sentido en la persona con trastorno de salud mental en tratamiento, con independencia de la evolución de sus síntomas y con énfasis en la inclusión social (Shepherd, Boardman y Slade, 2008), esto último siendo relevante a la luz de los antecedentes teóricos presentados sobre el fenómeno del estigma.

El concepto de recuperación en salud no ha estado exento de dificultades en su definición y podría albergar ideas incluso discordantes (Uriarte y Cantabrana, 2017; Davidson y González-Ibáñez, 2017). Tomando esto en cuenta, se han propuesto al menos dos sentidos para comprender la idea de recuperación (Slade, Amering, y Oades, 2008).

Por una parte, se define la recuperación clínica como aquella en la se alcanza la remisión sostenida de síntomas y la restauración funcional de la persona con trastorno de salud mental, conceptualización ligada a perspectivas bio-médicas de salud. La

recuperación personal, por otra parte, es descrita como aquel proceso personal de transformación de sentido y nuevos propósitos, independiente de los obstáculos que pudiesen conllevar el trastorno mental en sí mismo en el tratamiento (Anthony, 1993).

En Chile, el enfoque de recuperación ha sido propuesto como un desafío hacia los equipos de salud en un intento por fortalecer el modelo comunitario y la relevancia de la participación activa del/la usuario/a en su tratamiento y en el funcionamiento de los servicios de salud (MINSAL, 2017; Irarrázabal, Prieto y Armijo, 2016).

La conceptualización propuesta por nuestro Plan de Salud Mental se basa en el sistema de salud de Nueva Zelanda, enumerando las cualidades que los equipos de salud y funcionarios debiesen tener, puntualizando entre ellas la promoción de la autonomía y el conocimiento del contexto social, económico y político de los usuarios, junto al conocimiento de acciones y estrategias anti-estigmatizantes en toda área de intervención-laboral, educacional, entre ellas el enfoque de recuperación (MINSAL, 2017).

Tomando en cuenta lo anterior, a pesar de las diversas conceptualizaciones del término de recuperación y, por consiguiente, las diversas comprensiones y expectativas que se tienen de los tratamientos en salud mental, esto no ha impedido tener claridad sobre la importancia de dirigirse, no sólo a la remisión sintomática de un trastorno mental, sino que también a la inclusión progresiva y sostenida de la persona que lo padece a su comunidad y contextos de desarrollo. Se ha intentado propiciar, en esta dirección, la idea de la persona en sociedad, reconociendo su protagonismo, control y agencia frente al trastorno de salud mental, su vida y frente a su trayecto hacia mayores niveles de bienestar (Márquez y Ortíz, 2014; Agrest y Druetta, 2011).

Por lo anterior y entendiendo que el fenómeno del estigma es una de las principales dificultades no solamente de acceso a servicios, sino que, durante el tratamiento de problemas de salud mental, el enfoque de recuperación ha propuesto como ejes centrales de trabajo la inclusión social de personas con trastornos de salud mental, la protección de

sus derechos humanos, la autonomía y el mantenimiento de la capacidad jurídica de usuarios y usuarias, entre otros.

Así, el enfoque de recuperación se despliega a partir de uno de sus principales objetivos, siendo este el superar el estigma y auto-estigma frente a los trastornos mentales (Uriarte y Cantabrana, 2017). Por lo tanto, alcanzar el auto-empoderamiento y la auto-actualización han sido motores importantes para entender los procesos de recuperación como guiados por y para las personas con problemas de salud mental (Provencher, Gregg, Mead y Mueser, 2002).

La recuperación como proceso multidimensional

Tomando en cuenta las definiciones del concepto de recuperación ya descritas, se vuelve importante profundizar en las dimensiones y factores que ayudan a evaluar los procesos de tratamientos y recuperación en contextos de salud.

Macpherson, Pesola y colaboradores (2015), evaluaron en su estudio sobre perspectiva de recuperación, al menos tres factores vinculados a este proceso siendo, el primero, la evaluación de recuperación de la persona en tratamiento la que contempla percepciones sobre empoderamiento, bienestar, esperanza y recuperación personal, segundo, evaluación de recuperación clínica de la persona en tratamiento calidad de salud y necesidades no satisfechas y medida de sintomatología. Finalmente, el tercer factor lo interpretan como la evaluación de las personas trabajadoras involucradas en el tratamiento ligados a la funcionalidad de la persona con problemas de salud mental.

Whitley y Drake (2010), propusieron cinco dimensiones de la recuperación a tomar en cuenta al momento de evaluar resultados en tratamientos de salud mental y que mantienen relaciones sinérgicas unas con otras. El primero se refiere a la recuperación clínica- tal como se ha definido hasta ahora-, recuperación existencial- vinculada a la esperanza, agencia, empoderamiento y espiritualidad-, recuperación funcional- vinculado a los roles y responsabilidades sociales del individuo-, recuperación física- referida a la

búsqueda de estilos de vida saludables-, y, por último, recuperación social- vincula al experimentar relaciones sociales nutritivas y la inclusión a la comunidad.

El cumplimiento de objetivos de vida, la posibilidad de dar y recibir apoyo y la espiritualidad también han sido dimensiones que se han tomado en cuenta al momento de evaluar resultados en procesos de tratamiento desde la perspectiva de recuperación como fenómeno multidimensional (Cabassa, Nicasio y Whitley, 2013).

Dos de los instrumentos más utilizados para evaluar perspectiva de recuperación han sido la “Recovery Assessment Scale”, evaluando perspectiva de recuperación desde las mismas personas con experiencia de problemas de salud mental y la “Recovery Scale”, la cual evalúa perspectiva de recuperación en trabajadores de salud hacia personas con problemas de este tipo (Corrigan, 2012).

Estas escalas evalúan cinco factores importantes y de alta confiabilidad dentro de la perspectiva de recuperación en salud mental, siendo estas la confianza personal y esperanza en sí mismo, voluntad de buscar ayuda cuando se requiere, orientación a logros y éxito personal, capacidad de apoyarse en otros y, por último, el no ser dominado por síntomas propios del trastorno de salud mental que se haya identificado (Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster y Keck, 2004; Corrigan, 2012).

Con lo anterior y a pesar de la diversidad de dimensiones que distintos autores enfatizan al momento de evaluar resultados de tratamientos de salud mental, un elemento en común que destacan todas ellas es la relevancia que presenta la propia percepción de la persona con experiencia de trastorno de salud mental en tratamiento en la definición de su propia recuperación, definiéndola como algo que experimenta el individuo, que es promocionado por los servicios de salud disponibles y que el sistema debiera facilitar (Jacobson y Greenley, 2001).

En Figura N°2, se expone la naturaleza multidimensional de los procesos de recuperación en salud mental

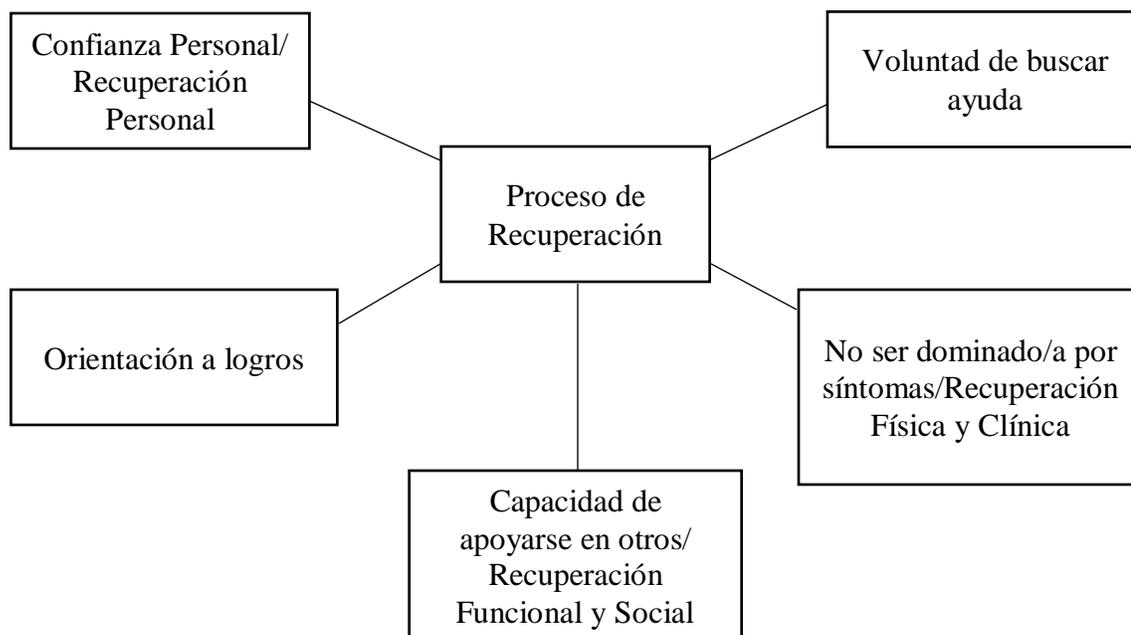


Figura N°2. Figura de producción propia a partir de las cinco dimensiones de la recuperación propuestas por Corrigan (2012) y que pudiesen solaparse con lo propuesto por Whitley y Drake (2010). Si bien las dimensiones se exponen de esta manera, se debiese tener en cuenta la naturaleza sinérgica de estas dimensiones y su interacción constante en los procesos de recuperación en salud mental.

Alcances al concepto de “Recuperación”

Si bien, el enfoque y/o perspectiva de recuperación ha sido ampliamente identificada como recurso en los tratamientos de salud mental, aquello incluso señalado en el Plan de Salud Mental chileno (MINSAL, 2017), es un constructo que no ha estado exento de críticas.

Entendiendo que el enfoque de recuperación asume la participación activa de la persona con un trastorno de salud mental, también se ha visibilizado la situación en que estas pudiesen tomar decisiones que ponen en riesgo su propia integridad y la de otras personas (Uriarte y Cantabrana, 2017) pudiendo involucrar así, más que a un equipo de salud, al cuerpo policial y legal de un territorio, por ejemplo.

Así mismo, tal y como ya se planteó, a pesar que en este estudio se identifica explícitamente la definición de recuperación, este sigue siendo un constructo que mantiene en sí múltiples definiciones, lo que pudiese dificultar la medición y evaluación de servicios de salud que han propuesto sus prestaciones de salud a partir de este tipo de abordaje de naturaleza más colaborativa (Sapag, Rush y Ferris, 2015).

Fenómeno del Estigma y el enfoque de Recuperación

A pesar de los alcances del concepto de recuperación y tomando en cuenta los antecedentes teóricos presentados hasta ahora, hay un acuerdo importante en entender la perspectiva de recuperación como una propuesta de abordaje mediante la cual se buscarían aplacar los efectos negativos que el estigma mantiene sobre personas con trastornos de salud mental, especialmente en relación a la inclusión social y la protección de derechos.

En su revisión sistemática, Leamy, Birds y colaboradores (2011) indicaron que una muestra significativa de estudios sobre perspectiva de recuperación y salud mental también se vinculaban estrecha y necesariamente con temáticas sociales y derechos humanos, entre ellos el fenómeno del estigma. Es decir, sería una tendencia más bien común vincular la perspectiva de recuperación con fenómenos sociales como el estigma en los estudios llevados a cabo en este tema.

En especial, la recuperación personal ha estado vinculada desde sus inicios con problemas de origen social y formas de progreso y desarrollo definidas individualmente, en contraste con la recuperación exclusivamente clínica (Macpherson, Pesola, et. al. 2015).

Es así como, para comprender aún más la importancia del estudio de la perspectiva de recuperación en salud mental, se propone un continuo donde en un extremo se encontraría el fenómeno del estigma y sus implicancias a niveles estructurales, sociales, institucionales e individuales-ya descritos-. En el otro extremo, en cambio, se encontraría la recuperación con sus efectos en la remisión de síntomas, la creación y desarrollo de un

proyecto vital con sentido para el/la usuario/a, su agencia sobre el trastorno de salud mental y la inclusión progresiva de la persona en su contexto social y comunitario (Agrest y Druetta, 2011; Ozamiz, Markez y Ortiz, 2014). En la Figura N°3 se representa esta idea.

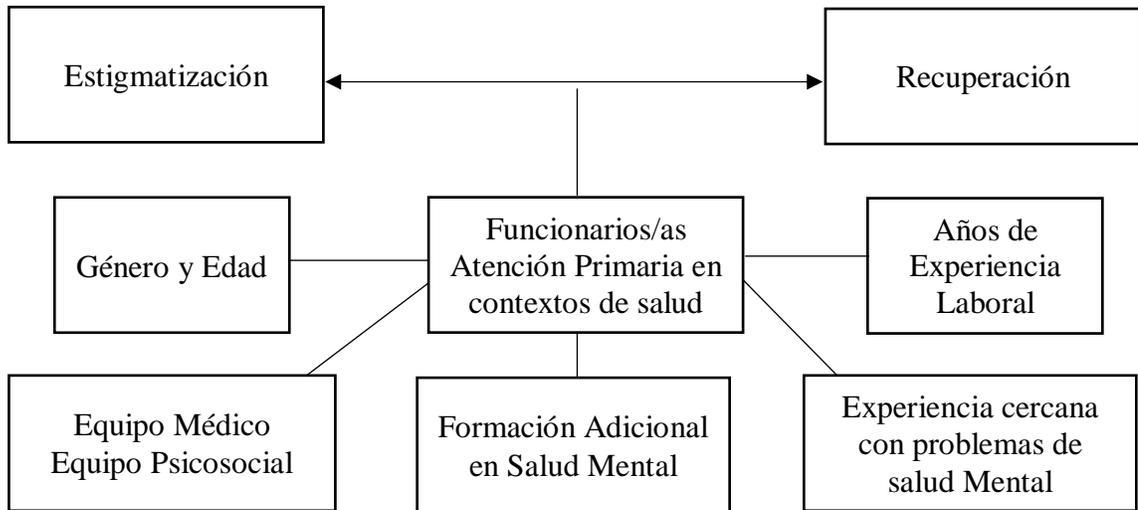


Figura N°3. Figura de producción propia representando el continuo propuesto de “Estigma” y “Recuperación” a partir de la revisión de literatura señalada. Se identifica a los/as funcionarios/as de atención primaria quienes transitarían por este continuo y las variables sociodemográficas más relevantes asociadas en mayor o menor medida con la ocurrencia del fenómeno del estigma hacia trastornos de salud mental y niveles de perspectiva de recuperación, por consiguiente, en funcionarios/as de salud.

Para comprender fenómenos sociales como el estigma en contextos de salud, entonces, no sólo bastaría estudiar las consecuencias negativas y devastadoras que la discriminación y el prejuicio tiene en las personas que son objetivo de aquello, como ya se ha reportado, sino que también se vuelve útil y necesario el estudio de los abordajes de los que se disponen para hacerle frente, entre ellos la perspectiva de recuperación, foco de interés en este estudio.

Por último, las oportunidades que brinda abordar los trastornos de salud mental desde los niveles primarios de salud no sólo apuntan a ampliar la cobertura a salud de la

población como se indicó, sino que significaría una oportunidad de ser agentes de desestigmatización para funcionarios de salud primaria (Tapia, et. al. 2015), tomando un rol activo en asistir a la gente a recobrar su sitio en las comunidades donde viven y tomar parte en actividades convencionales junto al respeto del mundo que les rodea, siendo esta una de las tareas asistenciales claves en el modelo de recuperación (Ozamiz, Markez y Ortiz, 2014).

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar variables sociodemográficas tradicionales, variables específicas de formación profesional y variables de experiencia cercana con trastornos de salud mental que predigan perspectiva de recuperación reportada por funcionarios de atención primaria hacia personas con trastornos de salud mental.

Objetivos Específicos

1. Identificar variables “*Sociodemográficas Tradicionales*”: “Edad”, “Género”, “Estado civil”, “Pertenencia a pueblo indígena” y “Religión” que predigan el puntaje total de perspectiva de recuperación.
2. Identificar variables de “*Formación Profesional*”: “Formación en Carreras de Salud en General”, “Área de trabajo en Consultorio de Salud Familiar (CESFAM)” “Tiempo trabajado en Atención Primaria de Salud (APS)”, “Formación adicional en salud mental”, “Pertenencia como funcionario al programa de salud mental del CESFAM”. “Porcentaje de usuarios atendidos de salud mental” y “Percepción de importancia de salud mental en el CESFAM”, que predigan el puntaje total de perspectiva de recuperación.
3. Identificar variables de “*Experiencia cercana con problemas de salud mental*”: “Experiencia propia con problemas de salud mental” y “Experiencia cercana de familiares y/o amigos con problemas de salud mental que predigan el puntaje total de perspectiva de recuperación”.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Tomando en cuenta la naturaleza exploratoria de este estudio, esta investigación se propone responder las siguientes preguntas de investigación:

Pregunta de investigación N°1

¿Qué variable (s) son las que presentan mayor valor predictivo respecto del puntaje total obtenido en la Recovery Scale para medir perspectiva de recuperación en funcionarios de atención primaria?

Pregunta de investigación N°2

¿Los modelos de análisis predictivos basados en teoría producen resultados comparables a modelos de análisis predictivos puramente exploratorios respecto de la predicción de puntaje total en Recovery Scale?

METODOLOGÍA

Contexto del presente estudio

El presente estudio se anida dentro del Proyecto de Investigación FONDECYT 1160099 sobre estigma hacia la enfermedad mental entre profesionales de la atención primaria en Chile, a cargo del Doctor Jaime Sapag durante los años 2016 y 2019. Este estudio buscó analizar y comprender el fenómeno de estigma hacia las enfermedades mentales en el contexto del sub-sistema público de atención primaria desde la perspectiva de funcionarios y usuarios/as de prestaciones de salud mental.

Se empleó un muestreo por conveniencia, mediante el envío de invitaciones digitales al cuerpo directivo de diversos Servicios de Salud de Chile, obteniendo respuesta positiva a participar de ocho servicios en las regiones de Atacama, Coquimbo, Valparaíso-San Antonio, R. Metropolitana, Libertador Bernardo O'Higgins, Los Lagos y Reloncaví. Se trabajó en la obtención de los permisos municipales correspondientes en los casos que fue necesario en cada Servicio de Salud. Finalmente se obtuvo la autorización de participación de 34 centros de atención primaria dispuestos en los Servicios de Salud ya nombrados. También se contó con aprobación ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile (#16-090) y de los Servicios de Salud según correspondía.

La presente investigación sigue un diseño cuantitativo analítico-exploratorio con el uso de datos secundarios del proyecto FONDECYT 1160099 (2016-2019) para responder las preguntas de investigación anteriormente presentadas. Se llevaron a cabo dos tipos de análisis. El primero consistió en un análisis de regresión múltiple jerarquizada tomando en cuenta variables sociodemográficas tradicionales, variables de formación profesional y variables de experiencia cercana con trastornos de salud mental, ingresando como predictores únicamente las variables teóricamente relevantes. Como paso subsiguiente, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal para variables categóricas

(LASSO) usando el software SPSS en el cual se ingresaron la totalidad de variables contempladas en este estudio.

Procedimiento de obtención de datos

Un N= 856 funcionarios/as de atención primaria respondieron una batería de cuestionarios sobre estigma y perspectiva de recuperación en el contexto del proyecto FONDECYT 116099 en el año 2017. Los cuestionarios aplicados fueron: Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC), Mental Illness Clinician's Attitud Scale (MICA), Social Distance y Recovery Scale (para trastornos mentales severos y consumo problemático de sustancias). También se les pidió responder a un conjunto de variables universales y de formación profesional para caracterizar a la población participante junto a la escala Marlowe-Crowne Social Desirability Scale para prevenir el sesgo de deseabilidad social en la muestra.

Las escalas, aún en proceso de validación en Chile, fueron adaptadas transculturalmente sometiéndose a procesos de traducción, retro-traducción y análisis de validez de contenido y contexto para luego entrar en fase de pilotaje y análisis semántico. Se conformaron grupos de expertos (investigadores, funcionarios y usuarios de atención primaria) para apoyar estos procesos y ajustar las escalas.

Participantes

En el presente estudio se contempla una sub-muestra de 779 funcionarios/a de Centros de Atención Primaria de Salud. Los criterios de inclusión indicaban: 1. Ser funcionario/a de atención primaria de salud en los CESFAM participantes; 2. Haber respondido los 13 ítems de la "*Recovery Scale*" para trastornos de salud mental en general. Esta última condición se tomó en cuenta debido a los objetivos y preguntas de

investigación que este estudio busca abordar, considerando como “casos perdidos” a los participantes que no cumplieron con este criterio.

Instrumentos de recolección de datos

Recovery Scale

La escala empleada para medir perspectiva de recuperación fue la *Recovery Scale* (Corrigan, 2006; Corrigan, 2012), conformada por 13 ítems en escala Likert, con 9 opciones de respuestas desde “*muy en desacuerdo*” (1 punto) hasta “*muy de acuerdo*” (9 puntos). El puntaje total obtenido comprende un rango desde los 13 a 117 puntos, tomando en cuenta que, a mayor puntaje, mayor perspectiva de recuperación reportada por funcionarios/as.

Algunos ejemplos de las consignas presentes en la escala son: 1. *"Las personas con una enfermedad mental severa tienen metas en la vida que quieren alcanzar"* y, 13. *"Es importante para las personas con una enfermedad mental severa tener un grupo variado de amigos"* (revisar Anexo N°1). Al mismo, los ítems de la escala apuntan a evaluar dimensiones como la confianza personal y esperanza, la voluntad de buscar ayuda, la orientación a logros y éxito, capacidad de apoyarse en otros y, por último, el no ser dominado por síntomas propios del trastorno (Corrigan, 2006; Roe, Mashlach-Eizenberg, Corrigan, 2012), todo esto evaluado desde la percepción de personas funcionarias de los centros de atención primaria hacia personas con experiencia de problemas de salud mental.

Las características psicométricas de la escala son parcialmente conocidas en el contexto chileno. Sin embargo, a partir de los procesos de validación preliminares del proyecto FONDECYT 1160099, la escala propuesta presenta un *Alpha de Cronbach* de ,802, coeficiente que indica una solidez interna significativa. Esto iría en consonancia con

estudios extranjeros sobre la consistencia interna de esta escala, la que presentó un Alpha de Cronbach entre ,73 y 0,91 (McNaught, Caputi, Oades, Deane, 2007; Cavelti, Wirtz, Corrigan, Vauth, 2017) y una alta confiabilidad test-retest (Sklar, Groesse, Conwell, Davidson, Aarons, 2013).

Por otra parte, se ha señalado que la Recovery Scale es el instrumento más usado para medir perspectiva de recuperación en el contexto internacional (Cavelti, Wirtz, Corrigan, Vauth, 2017).

Encuesta de Variables Sociodemográficas y Específicas

Para efectos de esta investigación, las variables sociodemográficas analizadas se dividieron en tres grupos según origen:

1. Variables “*Sociodemográficas Tradicionales*”: “Edad”, “Género”, “Estado civil”, “Pertenencia a pueblo indígena” y “Religión”.
2. Variables de “*Formación Profesional*”: “Formación en Carreras de Salud en General”, “Área de trabajo en Consultorio de Salud Familiar (CESFAM)” “Tiempo trabajado en Atención Primaria de Salud (APS)”, “Formación adicional en salud mental”, “Pertenencia como funcionario al programa de salud mental del CESFAM”. “Porcentaje de usuarios atendidos de salud mental” y “Percepción de importancia de salud mental en el CESFAM”.
3. Variables de “*Experiencia cercana con problemas de salud mental*”: “Experiencia propia con problemas de salud mental” y “Experiencia cercana de familiares y/o amigos con problemas de salud mental”.

Procedimiento de análisis de datos

El procedimiento de análisis de datos contempló dos etapas principales:

Preparación de datos secundarios y creación de variables (predictores)

Tomando en cuenta los objetivos y preguntas de investigación propuestos en este estudio, se contemplaron para su análisis una sub-muestra de participantes que respondieron en su totalidad la *Recovery Scale* como condición principal para realizar los análisis subsecuentes. Todos los análisis fueron llevados a cabo en el software IBM SPSS.

Llevado a cabo la identificación de la sub-muestra, se procedió a revisar las variables sociodemográficas tradicionales, de formación profesional y de experiencia cercana de manera que se identificara su naturaleza como categóricas y/o numéricas. Para las variables que contemplaban más de dos opciones de respuesta originalmente se realizaron procedimientos de dicotomización haciendo empleo de tablas de frecuencias en SPSS, a través de los cuales se buscó respetar dos aspectos relevantes: 1. La dicotomización de variables y sus categorías de respuestas según relevancia teórica y, 2. La dicotomización de variables que se acercaran al 50% de casos pertenecientes a cada opción de respuesta o agrupación de estas. Finalmente, para cada predictor se contemplaron dos categorías de respuestas.

Análisis de datos secundarios

Regresión Múltiple Jerarquizada

Un primer paso en el procesamiento de datos fue la conducción de un análisis de regresión múltiple para evaluar si las variables teóricas y preliminarmente relevantes predecían el puntaje total obtenido en la *Recovery Scale* en personas trabajadoras de

centros de Atención Primaria, tomando en cuenta el marco teórico construido en este estudio. En el análisis de regresión, la variable dependiente (output) se identificó como “Resultado Total en RAS” (abreviación de *Recovery Scale*). Las variables presentadas en Tabla N° 1 se ingresaron como predictores en el análisis.

Tabla N°1. Variables ingresadas análisis de regresión múltiple jerarquizada.

Outcome	Variable Dependiente (Resultado)		Puntaje Total RAS: Puntaje Total en Recovery Scale
	Variables Independientes (Predictores)		
Bloque N°1	Variables Tradicionales	Sociodemográficas	Edad Género
Bloque N°2	Variables de Formación Profesional		Formación Adicional en Salud Mental Forma parte del Equipo de Salud Mental Formación en carreras vinculadas a salud Área de Trabajo en Centro de Salud Familiar* Porcentaje de Usuarios/as con problemas de salud atendidos Importancia de Problemas de Salud Mental en Centro de Salud Familiar* Tiempo trabajo en Atención Primaria Salud*
Bloque N°3	Variables de Experiencia cercana con problemas de salud mental		Experiencia de amigos y/o familiares con problemas de salud mental

Experiencia propia con problemas de salud mental.

Nota: *= En su abreviación Centro de Salud Familiar se indica como CESFAM

**= En su abreviación Atención Primaria de Salud se indica como APS

El análisis dirigido se realizó de manera jerarquizada adicionando las variables predictoras por bloque según su grupo de origen en el mismo orden que se señaló anteriormente (Hoyt, Leierer y Millington, 2006). En este tipo de análisis, el primer set de predictores obtiene el crédito por toda la varianza que puede explicar, mientras que el segundo set de predictores explica la varianza adicional que se obtiene al añadirlos en el modelo. El tercer set de predictores explicaría la varianza única obtenida después de combinados el set uno y dos de predictores (Hoyt, Leierer y Millington, 2006).

LASSO y Validación Cruzada

Luego de realizar el análisis de regresión múltiple jerarquizado ya descrito, se llevó a cabo en análisis de regresión lineal de variables categóricas LASSO (Least Absolute Shrinkage and Selection Operator). Así, a través del proceso de regularización se penalizan todas aquellas variables que presenten coeficientes débiles adjudicándoles un valor de cero (0). A través de este procedimiento, se busca mejorar el valor predictivo del modelo estadístico obtenido permitiendo una mejor interpretación de este por el principio de parsimonia que introduce, dando cuenta sólo de las variables que obtengan mayor poder predictivo en el modelo obtenido (Tibshirani, 1996). Para medir la exactitud de predicción del modelo obtenido en LASSO se empleó la técnica de *Split Validation* (Snee, 1997).

Ya definidas la escala de variable dependiente y predictores (ver Tabla 2), se discretizó cada una de las variables ingresadas según su distribución original. Para cada variable “Numérica” se seleccionó “Clasificación” y para cada variable “Categórica” se seleccionó “Agrupación”. Ya que cada variable categórica contemplaba dos opciones de

respuesta, se indicaron la cantidad de “Dos Nodos” representando esas dos opciones. Este paso en el análisis se define como el nivel de re-escalamiento que se hace de las variables ingresadas ayudando así a interpretar los resultados subsecuentes del modelo más óptimo arrojado por LASSO.

En la etapa siguiente se indicaron los índices de regularización y penalización con LASSO, indicando un “Mínimo” de 0,0, un “Máximo” de 0,5 y un “Incremento” de 0,01, permitiendo así la generación de múltiples modelos y facilitando la identificación del modelo predictivo más óptimo y parsimonioso tomando en cuenta la penalización de 0,5 en cada uno de los predictores ingresados (Knight & Fu, 2000).

Tabla N°2. Variables ingresadas en modelo LASSO con escalamiento óptimo

Resultado	Distribución Original	Definición de Escala según distribución
Puntaje Total RAS	Numérica	Spline Ordinal
Predictores		
Variables Sociodemográficas		
Tradicionales		
Edad	Numérica	Spline Ordinal
Género	Categórica	Nominal
Variables de Formación		
Formación Adicional Salud Mental	Categórica	Nominal
Trabaja en Programa Salud Mental	Categórica	Nominal
Formación Carreras de Salud	Categórica	Nominal
Área de trabajo en CESFAM	Categórica	Nominal
Porcentaje Usuarios atendidos de Salud Mental	Numérica	Spline Ordinal

Percepción de importancia problemas salud mental	Catagórica	Nominal
Tiempo trabajado en Atención Primaria	Catagórica	Nominal
Variables Experiencia Cercana		
Ha usted recibido tratamiento de salud mental	Catagórica	Nominal
Experiencia familiares y/o amigos con problemas de salud mental	Catagórica	Nominal

RESULTADOS

Análisis Descriptivo de la Muestra

Tomando en cuenta un $n=779$, en Tabla N°3 se presentan los estadísticos descriptivos de la muestra.

En una primera sección se presentan los porcentajes válidos para variables categóricas usadas en este estudio, para luego presentar la media y desviación estándar para variables continuas, a decir “Edad” y Puntaje Total en Recovery Scale.

Tabla N°3. Estadísticos descriptivos de la Muestra

Variables Categóricas	Porcentaje de la Muestra
Sociodemográficas Tradicionales	
Género Femenino*	76,5
Nacionalidad Chilena	97,8
Pertenencia a Pueblo Indígena	9,2
Religión Católica	65,9
Estado Conyugal Casado/a	54,7
Tiene Hijos/as	63,9
Variables de Formación Profesional	
Universitaria Completa	36,5
Técnico Nivel Superior Completo	30,4
Formación Carreras de Salud (física y/o mental)	76,7
Formación Adicional Salud Mental	29,7
Trabaja en Programa Salud Mental	19,1
Área de trabajo en Equipo de Salud	72,7

Experiencia laboral 5 años o más en Atención Primaria	61,9
Percepción de mucha importancia de la Salud Mental	54,9
Variables de Experiencia Cercana	
Ha usted recibido tratamiento por Salud Mental	22,1
Experiencia salud mental Familiares y/o Amigos	57
Variables Continuas	Media (DE)
Sociodemográficas	
Edad	38,12 (10,45)
Puntaje Total en Recovery Scale	71,37 (15,264)

Nota: *Género se codificó como 0 Femenino y 1 Masculino.

Puntajes Totales en Recovery Scale

Tras los análisis estadísticos realizados para la *Recovery Scale* en esta oportunidad, la media de puntaje obtenido fue de 71,37 (15,264) puntos, indicando una perspectiva de recuperación relativamente alta entre los/as participantes que respondieron la escala en el contexto de este estudio. El rango de puntaje comprendió entre los 32 y los 117 puntos.

Así mismo se determinó la distribución normal de la muestra a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov y la inspección de los gráficos obtenidos subsecuentemente.

Análisis de Correlaciones

Se realizó una matriz de correlaciones de Pearson, unilateral (ver Tabla N°4) para determinar tipo de relación existente entre variables independientes y de estas con la variable dependiente “Puntaje Total en RAS” (*Recovery Scale*).

Tabla N°4. *Matriz de Correlaciones*

	Edad	Gén.	Form. en SM	Prog. SM	Form. Salud Gral.	Área Trabajo	% Us. SM	Import. SM	Tiempo en APS	Exp. Propi a SM	Exp. Fam-Amig.
Total	-,052	,092	-,036	-,032	-,018	-,032	-,067	,092	-,041	-,068	-,115
RAS											
Edad		-,068	,157	-,036	-,109	-,140	-,048	,013*	,560	,044*	,031*
Gén.			,094	,147	,027*	-,031	-,098	,000	-,064	-,105	-,029
Form. en SM				,438	,112	,142	,192	,084	,156	,149	,160
Prog. SM					,189	,195	,211	,119	-,101	,004*	,119
Form. Salud Gral.						,698	-,020	-,025	-,038	,035*	,065
Área Trab							-,019	-,001	-,107	,057	,072
% Us. SM								,070	,007*	,115	,067

Import. SM	,014	,027	,050
Tiempo en APS		,076	,059
Exp. Propia SM			,222
Exp. Fam-amig SM			
N	632		

Nota: *p> 0,05

Total RS (Puntaje Total en Recovery Scale); Gén. (Género); Form. en SM (Formación Adicional en Salud Mental); Prog. SM* (Trabaja en programa de Salud Mental); Form. Salud Gral. (Formación en carreras de salud- física y/o mental); Área Trabajo* (Área de trabajo en CESFAM); % Us. SM (Porcentaje usuarios atendidos de salud mental); Import. SM (Percepción de importancia problemas salud mental); Tiempo en APS (Tiempo trabajo en atención primaria); Exp. Propi SM (Ha usted recibido tratamiento de salud mental); Exp. Fam-amig SM (Experiencia familiares y/o amigos con problemas de salud mental).

En relación a la dirección de la correlación, las variables ingresadas como predictores que correlacionan negativamente con la variable “Puntaje Total en RS” son “Edad”, “Formación adicional en salud mental”; “Forma parte del programa de salud mental”, “Área de Trabajo en CESFAM”, “Porcentaje de usuarios atendidos de salud mental”, “Tiempo trabajado en APS”, “Ha usted recibido tratamiento de salud mental” y “Experiencia de familiares y/o amigos con problemas de salud mental”.

Las variables que correlacionan positivamente con la variable “Puntaje Total en RS” fueron “Género” e “Percepción de Importancia de problemas de salud mental en el CESFAM”.

Por último, a partir del análisis de correlaciones fue posible diagnosticar la inexistencia de problemas de multicolinealidad entre variables (todos los $r < ,80$).

Análisis de Regresión Múltiple Jerarquizada

La Tabla N°5 indica los coeficientes obtenidos según el ingreso de variables independientes por grupo de origen. A partir de aquello, tres modelos de regresión fueron obtenidos.

Tabla N°5. Coeficientes Regresión Múltiple Jerarquizada

	β (95% IC)	Error Estándar	Valores p
Modelo 1			
Edad	-,073 (-,196-,050)	,063	,246
Género	2,973 (,347-5,599)	1,33	,027*
Modelo 2			
Edad	-,070 (-,220-,081)	0,77	,362
Género	2,931 (,238-5,624)	1,371	,033*
Formación Adicional Salud Mental	-,376 (-3,334-2,583)	1,507	,803
Forma parte del Programa Salud Mental	-1,394 (-4,746-1,958)	1,707	,415
Formación en carreras de salud	,339 (-3,932-4,609)	2,174	,876
Área de trabajo en CESFAM	-1,392 (-5,738-2,953)	2,213	,529
Porcentaje usuarios de salud mental atendidos	-1,756 (-4,247-,735)	1,269	,167
Percepción importancia salud mental en CESFAM	3,147 (,744-5,551)	1,224	,010*

Tiempo trabajado en Atención Primaria	-,532 (-3,511-2,448)	1,517	,726
Modelo 3			
Edad	-,072 (-,222-,078)	,076	,348
Género	2,688 (-,005-5,382)	1,372	,050
Formación Adicional Salud Mental	,166 (-2,817-3,149)	1,519	,913
Forma parte del Programa Salud Mental	-1,260 (-4,612-2,093)	1,707	,461
Formación en carreras de salud	,428 (-3,823-4,680)	2,165	,843
Área de trabajo en CESFAM	-1,204 (-5,534-3,125)	2,205	,585
Porcentaje usuarios de salud mental atendidos	-1,590 (-4,080-,900)	1,268	,210
Percepción importancia salud mental en CESFAM	3,260 (,866-5,654)	1,219	,008*
Tiempo trabajado en Atención Primaria	-,322 (-3,292-2,649)	1,513	,832
Experiencia propia con problemas de salud mental	-,989 (-3,633-1,655)	1,346	,463
Experiencia familiar y/o amigo con problemas de salud mental	-3,153 (-5,670- -,636)	1,282	,014*

Nota: *Valor p <0,05

En Tabla N°6, se presenta el resumen del modelo de regresión múltiple jerarquizada

Tabla N°6. Resumen del Modelo Regresión Múltiple Jerarquizada

	R	R ²	R ² Ajustado	Error Estándar de la estimación	ΔR ²	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
Modelo 1¹	,102	,010	,007	15,208	,010	3,335	2	629	,036
Modelo 2²	,164	,027	,013	15,166	,016	1,497	7	622	,165
Modelo 3³	,197	,039	,022	15,098	,012	3,806	2	620	,023

a. Predictores: (Constante), Género, Edad

b. Predictores: (Constante), Género, Edad, Importancia problemas Salud Mental en su CESFAM, Formación en carreras de Salud General, Porcentaje Usuarios de Salud Mental atendidos, Formación Adicional en Salud Mental, Trabaja en Programa de Salud Mental, Tiempo trabajado en Atención Primaria, Área de Trabajo en CESFAM

c. Predictores: (Constante), Género, Edad, Importancia problemas Salud Mental en su CESFAM, Formación en carreras de Salud General, Porcentaje Usuarios de Salud Mental atendidos, Formación Adicional en Salud Mental, Trabaja en Programa de Salud Mental, Tiempo trabajado en Atención Primaria, Área de Trabajo en CESFAM, Experiencia Salud Mental familiar y/o amigos, Ha usted recibido tratamiento por Salud Mental.

Tras este análisis, el Modelo 3 presenta un poder predictivo significativo ($\Delta R^2 = ,012$) respecto de la variable dependiente “Puntaje Total en RS”. En este modelo, las variables independientes que presentaron mayor poder predictivo de perspectiva de recuperación fueron “Importancia de Problemas de Salud Mental en el CESFAM” ($\beta = ,106$, $p < ,008$) y “Experiencia cercana con familiares y/o amigos con problemas de salud mental” ($\beta = -,101$, $p < ,014$). Por otra parte, el predictor “Género” ($\beta = ,08$, $p = 0.05$) tendería a la significancia como predictor del Puntaje Total en la *Recovery Scale*.

LASSO

Luego de llevar a cabo el análisis de regresión múltiple jerarquizada, la totalidad de predictores en el estudio fue ingresado para realizar el análisis de regresión categórica

penalizada (ver Tabla N°2). A continuación, en Tabla N°7 se exponen los coeficientes del modelo seleccionado por LASSO.

Tabla N°7. Modelo seleccionado por LASSO N°23

	R²	R² ajustado	Error de predicción aparente	Error de predicción esperado Estimación^a	Desv. Error	N
Datos estandarizados	,012	,011	1,000	1,004	,057	627
Datos en bruto			227,489	228,051	12,965	

Nota: Penalización ,220 Media cuadrática de los errores (validación cruzada de pliegues 10)

Tal y como se presenta en Tabla N°7, el modelo seleccionado según parámetros seleccionados es el modelo N°23 de un total de 24, siendo este escogido respecto del modelo óptimo N°9 identificado en LASSO, el cual contiene los predictores “Género”, “Estado Conyugal”, “Porcentaje de usuarios con problemas de salud mental atendidos”, “Importancia de salud mental en CESFAM”, “Ha usted recibido tratamiento de salud mental” y “Experiencia familiares y/o amigos con problemas de salud mental”.

El modelo finalmente seleccionado por LASSO señala, en cambio, que la variable independiente que presenta mayor poder predictivo de perspectiva de recuperación a pesar de las penalizaciones indicadas para cada variable es “Experiencia de familiares y/o amigos con problemas de salud mental” ($\beta=,002$, $p<,005$) con una penalización de ,220.

Los valores β y p de la totalidad de variables independientes ingresadas en LASSO se exponen en Tabla N°8 correspondiente a modelo seleccionado N°23.

Tabla N°8. Valores β y p de predictores Modelo LASSO N°23

	<i>Coefficientes estandarizados</i>	gl	F	Sig.
	Beta			
Variables Sociodemográficas				
Edad	,000	0	,000	.
Género	,000	0	,000	.
Religión	,000	0	,000	.
Se considera de un pueblo indígena	,000	0	,000	.
Estado Conyugal	,000	0	,000	.
Variables Formación Profesional				
Formación Adicional en Salud Mental	,000	0	,000	.
Trabaja en Programa de Salud Mental	,000	0	,000	.
Área de Trabajo en CESFAM	,000	0	,000	.
% Usuarios Salud Mental	,000	0	,000	.
Formación en carreras de Salud General	,000	0	,000	.
Importancia SM	,000	0	,000	.
Tiempo trabajado en Atención Primaria	,000	0	,000	.
Variables Experiencia Cercana				
Ha usted recibido tratamiento SM	,000	0	,000	.
Experiencia SM Familiar y/o Amigos	,002	1	,005	,943

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El estudio llevado a cabo dio cuenta de las variables que presentan mayor poder predictivo de perspectiva de recuperación utilizando la *Recovery Scale* en personas trabajadoras de Atención Primaria en Chile. Los resultados alcanzados se obtuvieron a través de los análisis de regresión múltiple jerarquizada, ingresando las variables teóricamente relevantes primero, y a través de LASSO, en el cual se ingresaron todas las variables disponibles en este estudio.

A partir del análisis de regresión múltiple jerarquizado llevado a cabo, fue posible identificar que la variable “Percepción de Importancia de Salud Mental en el CESFAM” de los participantes, contribuye significativamente a predecir el puntaje total en la *Recovery Scale*, a decir, los participantes que indicaron una mayor relevancia de los problemas de salud mental en su Centro de Salud Familiar presentaron mayor perspectiva de recuperación de 3,26 puntos respecto de los que señalaron que no eran para nada importantes.

Por otra parte, la variable “Experiencia cercana con amigos y/o familiares con problemas de salud mental” también presenta una contribución significativa al modelo predictivo final respecto de la variable dependiente “Puntaje Total en RS” (*Recovery Scale*). Esto quiere decir que, en la medida en que los participantes indicaron haber tenido familiares y/o amigos cercanos con problemas de salud mental, estos presentaron 3,15 puntos menos en su puntaje total en RS respecto de los que no refirieron tener o haber tenido esa experiencia.

Por otra parte, el predictor “Género” tendería a la significancia, a decir, aquellos participantes que indicaron su género como “Masculino” presentaron mayor puntaje en la *Recovery Scale* en 2,68 puntos respecto de participantes que indicaron su género como “Femenino”, es decir, participantes masculinos pudiesen presentar menor estigma frente

a personas con problemas de salud mental. Este hallazgo pareciera ser novedoso ya que se ha reportado evidencia en la dirección contraria, a decir, mujeres tenderían a presentar menos actitudes prejuiciosas para con este tipo de población (Farina, 1981; Mann y Himmelein, 2004; Savrun, Arikan, et. al. 2007).

Los hallazgos anteriores con análisis de regresión múltiple jerarquizada permiten responder la primera pregunta de investigación planteada en este estudio dirigida a conocer cuáles de las variables teóricamente relevantes pudiesen predecir la perspectiva de recuperación en personas trabajadoras de Atención Primaria utilizando la Recovery Scale, teniendo en cuenta, de igual manera, la naturaleza exploratoria de este estudio.

Al retomar la segunda pregunta de investigación sobre la posibilidad de obtener resultados comparables en modelos de análisis predictivos basados en teoría (regresión múltiple jerarquizada) y análisis puramente exploratorios (LASSO), es posible dar cuenta de la convergencia de ambos modelos obtenidos.

En este sentido, el valor predictivo de la variable “Experiencia cercana con amigos y/o familiares con problemas de salud mental” se mantiene en ambos modelos, mientras que, en LASSO, la variable “Percepción de Importancia de Salud Mental en el CESFAM” es penalizada no contemplándose en el modelo final obtenido. Como fue señalado, esto indicaría que los participantes que reportaron tener esta experiencia, presentaron puntajes cerca de 3 puntos menos en la Recovery Scale respecto de la media de puntaje.

Tomando en cuenta algunos de los predictores contemplados en este estudio, y que teóricamente se relacionarían con niveles de estigma, la variable “género”, en esta oportunidad, indicó que participantes hombres presentarían mayor perspectiva de recuperación en relación a mujeres, no siendo esto estadísticamente significativo.

A pesar de este hallazgo, aquello iría en línea a coincidir con lo reportado en Chile por Sapag y Velasco (2020), donde participantes de género masculino presentaron menor distancia social que mujeres respecto de personas con problemas de salud mental, tomando en cuenta que indicadores como la distancia social pudiese vincularse al fenómeno del estigma.

La variable sociodemográfica “edad” y la variable sobre años de experiencia laboral en participantes, no fueron estadísticamente significativas en ninguno de los análisis ejecutados respecto de puntajes totales obtenidos en la *Recovery Scale*. Sin embargo, la percepción de los participantes en relación a la importancia que la salud mental tendría en su centro de atención primaria, sí presentó una correlación de mayor magnitud con mayores puntajes en la escala señalada al ejecutar regresión múltiple.

Uno de los resultados más interesantes fue la obtención de la variable “Experiencia cercana de familiares y/o amigos con problemas de salud mental” como estadísticamente significativa y presentando gran poder predictivo en ambos análisis a pesar de su penalización en LASSO, la cual indicaría la obtención de un menor puntaje en la *Recovery Scale*. Pareciera considerarse contra-intuitivo este hallazgo pues se esperaría que las personas que han tenido experiencia cercana con personas con problemas de salud mental presenten menor estigma (Santiago, Navarro, Pérez y Betancort, 2016; Sapag y Velasco, 2020) y, por ende, pudiesen reportar mayor perspectiva de recuperación.

Tomando en cuenta lo anterior, a partir del Alpha de Cronbach presentado por la *Recovery Scale* (entre ,73 y ,91) y su alta confiabilidad test-retest, podría descartarse el que esta escala no estaría midiendo efectivamente la perspectiva de recuperación en funcionarios de atención primaria.

Frente a resultados como este, se proponen dos líneas de discusión importantes a considerar. La primera tiene que ver con los hallazgos que diversos estudios han reportado

sobre los factores que pudiesen tener relación con menores o mayores comportamientos estigmatizadores y distancia social.

En líneas a esto, diversos estudios han presentado resultados contradictorios al tomar en cuenta variables como “profesión”, señalando, por una parte, menor estigma en funcionarios del ámbito psicosocial (Sapag y Velasco, 2020), mientras que en el estudio de Frontera, Vargas y colaboradores (2013), se indicó que profesionales de este ámbito reportaron más estigma, antecedidos solamente de sus colegas médicos.

Así mismo, la variable “género” también ha presentado resultados contradictorios. Mann y Himmelein (2014), indicaron que las mujeres participantes de su estudio presentaron menos estigma hacia personas con trastorno de salud mental, mientras que Lam, Lam y colaboradores (2013) señalaron el ser mujer como una característica presente en los participantes del estudio con mayores actitudes estigmatizadoras hacia personas con trastornos de salud mental.

Si bien las variables relacionadas a experiencias cercanas de amigos y/o familiares con problemas de salud mental han mostrado resultados homogéneos en indicar menor estigma en las personas, este estudio indicaría que aquello no siempre sería así.

Es así como, al menos en el contexto de este estudio, la segunda línea de discusión propuesta se relaciona con el continuo de estigma en un extremo y recuperación, en otro, y cómo es que aquello parece presentar ciertas limitaciones conceptuales y prácticas.

Si bien es cierto este continuo expresaría la importancia de basar los abordajes de salud mental desde la protección de derechos, con centralidad en los y las usuarios y usuarias propiciando su participación activa mitigando la ocurrencia de fenómenos como el estigma, aquello no significaría necesariamente que presentar ciertos niveles de

perspectiva de recuperación serían inversamente proporcionales a niveles de estigma, en este caso, en funcionarios de atención primaria.

En este caso, un indicador de menor estigma como el reportar experiencia cercana con personas con trastornos de salud mental, no reflejaría necesariamente mayor perspectiva de recuperación en funcionarios y funcionarias de atención primaria, sino todo lo contrario.

Al profundizar aún más en esta línea de discusión y desde un análisis estructural del sistema de salud chileno, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE (2013), reportó que en Chile y está entre los países miembros con más “gasto de bolsillo” en salud por parte de la población.

Lo anterior se acompaña del gasto en salud mental referido en el Plan Nacional de Salud Mental actual chileno (MINSAL 2017), siendo este cercano al 2,4 del presupuesto total de salud. Por otra parte, el Plan Nacional indica que el presupuesto destinado a salud mental ha decrecido desde el año 2010 al 2015 desde un 1,96% a un 1,53% en la atención primaria de salud, dando cuenta de un presupuesto insuficiente para reducir las brechas de atención en salud mental existentes en Chile actualmente.

Otra información entregada por la OCDE (2013) señala que por cada cien mil habitantes en Chile, se cuenta con 4,6 psiquiatras, alertando sobre la falta de especialistas en esta área. Así mismo, la Superintendencia de Salud en Chile (MINSAL, 2016) reportó que los beneficiarios de FONASA indicaron que, si bien en su mayoría estaban satisfechos con la gratuidad que significa este beneficio, también reportaron como problemático la falta de especialistas en el sistema de salud público.

A partir de estos antecedentes, sería posible visualizar que, hasta el día de hoy, la salud mental en el contexto nacional se presenta débil a pesar de los esfuerzos que buscan

implementarse, pudiendo esto impactar cómo y cuándo los procesos de recuperación toman lugar y su eficacia en contextos de atención en salud mental, al menos en Chile. Así, el que funcionarios hayan obtenido menor puntajes en la Recovery Scale al indicar experiencia cercana con familiares y/o amigos con problemas de salud mental pudiese entenderse desde el funcionamiento actual de la salud mental en Chile y que muchas veces podría no estar dando respuesta oportuna ni efectiva a problemas de salud de este tipo.

Es por lo anterior que fortalecer la detección temprana y el abordaje de problemas de salud mental en la atención primaria ha sido considerada como una oportunidad importante para reducir las brechas de tratamiento (OMS, 2013; Sapag, Brena, et. al. 2017; MINSAL, 2017) y propiciar la inclusión de las personas con trastornos de salud mental a sus comunidades.

Respecto de las implicancias que un estudio como este significaría, se destaca el contemplar la experiencia cercana que personas puedan tener con problemas de salud mental como uno de los principales predictores de una menor perspectiva de recuperación en funcionarios de atención primaria, a diferencia de lo indicado en estudios anteriores ya reportados.

En esta misma línea, ampliar y profundizar el estudio de perspectiva de recuperación en salud mental en el contexto nacional se vuelve necesario al pensar esta como una de las principales herramientas disponibles actualmente, no sólo para guiar y enriquecer los tratamientos en salud mental, sino que también como recurso que amplía las posibilidades de inclusión social, empoderamiento e involucramiento de personas que tienen experiencia con este tipo de trastornos en la toma de decisiones sobre su propia vida.

Ya que el Plan de Salud Mental actual en Chile se inspira y basa en el sistema de salud de Nueva Zelanda, la necesidad de estudios contextualmente pertinentes y situados

son necesarios para guiar las prácticas que aquí, en el contexto y realidad nacional, pudiesen tener mayor probabilidad de ajuste y éxito.

Una propuesta no menor sería que futuros estudios centraran su mirada en las posibilidades, recursos y herramientas de tratamiento de las que actualmente se cuenta para abordar problemas de salud mental, más que en el estudio de fenómenos sociales ya ampliamente estudiados como el fenómeno del estigma en salud mental.

Respecto a las limitaciones de estudio se destaca lo siguiente. Primero, sobre el instrumento *Recovery Scale*, se destaca su naturaleza de auto-reporte y que, por consiguiente, pudiese estar sujeto a deseabilidad social influyendo, dentro de las posibilidades, en la obtención de puntajes totales más elevados en la muestra. Así mismo, el hecho que esté pre-validado en Chile y su alta confiabilidad, no significa que su validez esté del todo resuelta en el contexto nacional.

Así mismo, en este estudio no se contemplaron otras variables que pudiesen haber presentado, por una parte, correlaciones significativas con los puntajes totales de *Recovery Scale*, y por otra, mayor valor predictivo de estos puntajes, entre ellos “Tiempo trabajado en el Programa de Salud Mental” y “Tipo de Capacitación obtenida en Salud Mental”.

Con lo anterior, se mencionan otros factores que influyeron en el desarrollo de este estudio. En primer lugar, se transparenta la reducida expertíz de la estudiante candidata respecto de análisis estadísticos como LASSO y el uso de softwares como SPSS, usado en esta oportunidad. Aquello obstaculizó en cierto sentido la posibilidad de un análisis reflexivo y crítico respecto de cada resultado obtenido en ambos modelos de análisis.

El contexto de emergencia sanitaria por COVID-19 también se dificultó la posibilidad de mantener conversaciones y reflexiones periódicas entre la estudiante

candidata y los profesores que guiaron este proceso. A pesar de aquello se desplegaron los esfuerzos necesarios para realizar un trabajo técnicamente correcto.

Por último, la naturaleza exploratoria de este estudio sería un elemento a tomar en cuenta respecto del alcance de los resultados y su generalización a una población mayor no funcionaria de atención primaria.

REFERENCIAS

- Agrest, M. y Druetta, I. (2011). El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.* 2011, Vol. XXII: 56 – 64.
- Anthony, W. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 16(4), 11–23.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *DSM-V Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.*
- Boyle (2012). The Role of Cognitive Insight, Hope, Self-Stigma and Symptomatology in Predicting Treatment Engagement in Individuals Diagnosed with Serious Mental Illnesses. *PCOM Psychology Dissertations. Paper 222.*
- Cavelti, M., Wirtz, M., Corrigan, P., Vauth, R. (2017). Recovery assessment scale: Examining the factor structure of the German version (RAS-G) in people with schizophrenia spectrum disorders. *Eur Psychiatry.* 2017 Mar;41:60-67
- Clement, S., Schauman, O. Graham, T. Maggion, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J., y Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine* (2015), 45, 11–27.
- Corrigan, P. (2006). Impact of consumers-operated services of empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* 57(10):1493-6.

- Corrigan, P. (2012).
A toolkit for evaluating programs meant to erase the stigma of Mental Illness.
Illinois Institute of Technology, National Consortium on Stigma and Empowerment.
- Corrigan, P., Mittal D., Reaves, C., Haynes, T., Han, X., Morris, S. y Sullivan (2014).
Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry research*. 2014
04/18; 218(0):35–8. Recuperado el 15 de Noviembre de 2020 de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4363991/>.
- Davidson, L. y González-Ibáñez, Á. (2017). La recuperación centrada en las personas y
sus implicancias en salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2017; 37(131): 189-
205.
- Dois, A., Contreras, A., Bravo, P., Mora, I., Soto, G., y Solís, C. (2016). Principios
orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la
perspectiva de los usuarios. *Revista Médica Chile* vol.144 no.5.
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. y Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud
mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, vol.143 no.9,
Santiago.
- Farina, A. (1981). Are women nicer people than men? Sex and the stigma of mental
disorders. *Clinical Psychology Review*, 1, p. 223–243.
- Frontera, N., Vargas, I., Segarra, E., Días, N., Figueroa, A. y Hernández, E. (2013).
Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de salud en
adiestramiento en Puerto Rico. *Salud y Sociedad* V. 4 No. 3 PP. 250-263
Septiembre-Diciembre 2013.

- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica Chile* vol.143 no.6 Santiago jun. 2015.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. 10° reimp. Buenos Aires: Amorrortu editores España S.L.
- Henderson, C., Evans-Lacko, S. & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103 (5), 777-780.
- Hoyt, W., Leierer, S. and Millington, M. (2006). Analysis and Interpretation of Findings Using Multiple Regression Techniques. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 49:4 pp. 223–233.
- Ihalainen-Tamlander, N., Vähäniemi, A., Löyttyniemi, E., Suominen, T., & Välimäki, M. (2016). Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: A cross-sectional study in primary settings in Finland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6–7), 427–437.
- Irarrázabal, M., Prieto, F., Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: Una perspectiva internacional. *Acta Bioethica* 2016; 22 (1): 37-50 37.
- Jacobson, N. & Greenley, D. (2001). What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*. Vol. 52. No. 4.
- Kohn R. (2013). *Treatment Gap in the Americas*. Washington, DC: Pan American Health Organization.

- Kohn, R., Ali, A., Puac-Polanco, V., Figueroa, C., López-Soto, V., Morgan, K., Saldivia, S., Vicente, B. (2018). Mental Health in the Americas: An Overview of the Treatment Gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 42:e165.
- Knight, K. and Fu, W. (2000). Asymptotics for LASSO-Type Estimator. *Annals of Statistics*, 28 (5), 1356-1378.
- Lam, T. P., Lam, K. F., Lam, E. W., & Ku, Y. S. (2013). Attitudes of primary care physicians towards patients with mental illness in Hong Kong. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5(1), E19–E28.
- Link, B., Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology* 27(6):363-385.
- Loubat, Lobos y Carrasco. (2017). Estigma de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: Un estudio en profesionales de salud mental. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología Volumen 12, N° 39, 2017, pp. 15-25*
- Mann, C., Himelein, M. (2004). Factors Associated With Stigmatization of Persons With Mental Illness. *Psychiatric Services*, Vol. 55 No. 2.
- Mascayano, F., Tapia, T., Schilling, S., Alvarado, R., Tapia, E., Lips, W., Yang, L. (2016). Estigma towards mental illness in Latin America and The Caribbean: A systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2016; 38:73-85.
- McNaught, M., Caputi, P., Oades, L., y Deane, F. (2007). Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. *Faculty of Health and Behavioural Sciences – Papers. University of Wollongong, Australia.*

Ministerio de Salud de Chile (2002). Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelos de Atención N°1. Sub-secretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial.

Ministerio de Salud de Chile (2005). Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Sub-secretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria.

Ministerio de Salud de Chile (2013). Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Sub-secretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Recuperado el 13 de Septiembre de 2020 de:
<https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

Ministerio de Salud de Chile (2016). Estudio de Opinión de Usuarios de Sistema de Salud y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud. Recuperado el 11 de Octubre de 2020 de: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-14189_recurso_1.pdf.

Ministerio de Salud de Chile (2017). Plan nacional de Salud Mental. Recuperado el 4 de Julio de 2019 de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>

Minoletti, A., Rojas, G., Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (4): 440-7.

Minoletti, A. y Sepúlveda, R. (2012). Twenty Years of Mental Health Policies in Chile: Lessons and Challenges. International Journal of Mental Health, vol. 41, no. 1, Spring 2012, pp. 21–37.

- Mora-Ríos, J., Baustista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental* 2014; 37:303-312.
- Organización Mundial de la Salud (2008). mhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2010). Salud Mental y Desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como grupo vulnerable.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020.
- Organización Mundial de la Salud (2018). MhGAP Operations Manual: Mental Health Gap Action Programme. Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Organización Panamericana de Salud (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.
- Organización Panamericana de Salud (2017). Atlas de Salud Mental de las Américas. Washington D.C. OPS, 2018. Recuperado el 4 de Agosto de 2019 de: file:///C:/Users/fonde/Downloads/9789275320419_spa.pdf
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2013). Panorama de Salud 2013: Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros. Recuperado el 11 de Octubre de 2020 de: https://www.minsal.cl/sites/default/files/INFORME%20OCDE_2013_21%2011_final.pdf.

- Ozamiz, J., Márkez, I. y Ortíz, M. (2014). Propuestas de un Modelo de Recuperación en Salud Mental. *Norte de salud mental*, 2014, vol. XII, n° 48: 89-94.
- PAHO, (1978). Declaración de Alma-Ata Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. URSS, 6-12 de Septiembre, 1978.
- Pontificia Universidad Católica de Chile (2008). Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Salud Pública.
- Pontificia Universidad Católica de Chile (2014). Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Centro de Políticas Públicas UC.
- Provencher, H., Gregg, R., Mead, S., y Mueser, K. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 26(2):132-44.
- Read, J. y Harré, N. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of 'mental patients'. *Journal of Mental Health*, 10, 2, p. 223–235
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., Corrigan, P. (2012). Confirmatory factor analysis of the brief version of the recovery assessment scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 200(10):847–851.
- Santiago, H., Navarro, M., Pérez, P., y Betancort, E. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de salud mental*, 2016, vol. XIV, n° 55: 103-111.

- Sapag, J., Sena, B., Bustamante, I., Bobbili, S., Velasco, P., Mascayano, F., Alvarado, R., Khenti, A. (2017). Stigma towards mental illness and substance use issues in primary health care: Challenges and opportunities for Latin America. *Global Public Health. An International Journal for Research, Policy and Practice*.
- Sapag, J., Velasco, P. (2020). Estigma hacia los trastornos mentales y adicciones: estudio en la atención primaria de Chile. *Carta al Editor. Atención Primaria*. 2020;52(5):361---364
- Savrun, B., Arikan, K., Uysal, O., Cetin, G., Poyraz, BC., Aksoy, C., Bayar, MR. (2007). Gender Effect on Attitudes Towards the Mentally Ill:A Survey of Turkish University Students. *Isr. J. Psychiatry Relat Sci*, vol. 44 No. 1, p. 57–61.
- Shepherd, G., Boardman, J., Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre of Mental Health. Traducción al castellano en *Hacer de la recuperación una realidad*. Sevilla, España. Servicio Andaluz de Salud. Recuperado el 4 de Julio, 2019 de http://ww.aen.es/docs/Hacer_Recuperacion_Realidad.pdf
- Sklar, M., Groesse, E., Conwell, M., Davidson, L., y Aarons, G. (2013). Instruments for measuring mental health recovery: A systematic review. *Clinical Psychology Review* Volume 33, Issue 8, December 2013.
- Slade, M., Amering, M. y Oades, L. (2008). Recovery: an international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 2, 2008
- Snee, R. (1997). *Validation of Regression Models: Methods and Examples*. *Technometrics*, vol. 19, no. 4, November 1977.
- Tapia, F., Castro, W., Poblete, C., y Soza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental* 2015; 38 (1):53-58.

- Tibshirani, R. (1996). Regression Shrinkage and Selection via the Lasso. *Journal of the Royal Statistical Society. Series B (Methodological)*, Vol. 58, No. 1(1996), pp. 267-288.
- Universidad del Desarrollo (2019). Estructura y Funcionamiento del Sistema de Salud Chileno. Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.
- Uriarte, J. y Cantabrana, A. (2017). Reflexiones en torno al modelo de Recuperación. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2017; 37(131): 241-256 doi: 10.4321/S0211-57352017000100014
- Vicente, B., Saldivia, S., y Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. *Acta bioeth.* vol.22 no.1 Santiago jun. 2016.
- Vistorte, A., Ribeiro, W., Ziebold, C., Asevedo, E., Evans-Lacko, S., Keeley, J., Goncalves, D., Palacios, N., Mari, J. (2018). Clinical decisions and stigmatizing attitudes towards mental health problems in primary care physicians from Latin American countries. *PLoS ONE* 13(11): e0206440. Recuperado el 20 de Noviembre de 2020 de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206440>.
- Gutierrez Palacios1, Jair de Jesus Mari Clinical decisions and stigmatizing attitudes towards mental health problems in primary care physicians from Latin American countries.
- Wahl, O. (2012). Stigma as a barrier to recovery from mental illness. [Special Issue] *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 10 No. 1

WHO-AIMS (2014). Sistema de Salud Mental en Chile: Segundo Informe. Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS (OMS IESM / WHO AIMS). Recuperado el 2 de Julio, 2019 de https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf

ANEXOS

ANEXO N°1. INSTRUMENTO RECOVERY SCALE (RS)

Sus respuestas deberían reflejar su opinión general sobre las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas severo. Encierre en un círculo el número que mejor represente su opinión en la escala de nueve puntos (1=Muy en desacuerdo, 9=Muy de acuerdo)

		1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Muy de acuerdo
1	Las personas con problemas de salud mental tienen metas en la vida que quieren alcanzar	1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Muy de acuerdo
2	Las personas con problemas de salud mental creen que pueden cumplir sus actuales metas personales	1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Muy de acuerdo
3	Las personas con problemas de salud mental tienen un propósito en la vida	1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Muy de acuerdo
4	Incluso si las personas con problemas de salud mental no se preocupan de sí mismas, cuentan con personas que sí lo hacen	1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Muy de acuerdo
5	El miedo no impide a personas con problemas de salud mental vivir de la manera que quieren	1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Muy de acuerdo
6	Las personas con problemas de salud mental creen que algo bueno sucederá	1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Muy de acuerdo
7	Las personas con problemas de salud mental tienen esperanzas sobre su futuro	1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Muy de acuerdo
8	Enfrentar el problema de salud mental no es el foco principal de la vida de las personas con estos problemas	1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Muy de acuerdo
9	Los síntomas que experimentan las personas con problemas de salud mental interfieren cada vez menos en sus vidas	1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Muy de acuerdo

10	Los síntomas que experimentan las personas con problemas de salud mental son un problema por períodos más cortos de tiempo cada vez que ocurren	1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Muy de acuerdo
11	Las personas con problemas de salud mental tienen personas con las que pueden contar	1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Muy de acuerdo
12	Incluso cuando las personas con problemas de salud mental no creen en sí mismas, tienen personas que sí lo hacen	1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Muy de acuerdo
13	Es importante para las personas con problemas de salud mental tener un grupo variado de amigos	1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Muy de acuerdo