



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE POSTGRADO

**ESTIGMA DE ENFERMEDAD MENTAL COMO BARRERA PARA LA
BÚSQUEDA DE AYUDA PROFESIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DE
JÓVENES UNIVERSITARIOS/AS CON RIESGO SUICIDA**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología

Mención: Psicología Clínica Infanto-Juvenil

Aida Gabriela León Guanín

Profesora Guía: Dra. Vania Martínez Nahuel

Santiago de Chile

29 de agosto de 2022

DEDICATORIA

A mis raíces, a quien soy y de donde vengo, mi madre y mi padre;

A mi historia y memoria, mis mujeres, mis hermanas;

A la luz de mi vida, Sofía y Jose Daniel;

A mi compañero de vida y de sueños, José Andrés;

A mi ángel eterno, Guido Rafael.

AGRADECIMIENTOS

A mi querida familia, gracias por su apoyo constante, gracias por siempre creer en mí, por ser mi motivación y mi motor, por sostenerme a pesar de la distancia. Gracias por acompañarme a cumplir este sueño.

A mi compañero de vida que hasta el último punto de este trabajo estuvo presente. Gracias por no soltarme, por ser mi compañía e iluminarme cuando la cabeza ya no me daba. Tu cariño y paciencia fueron pieza clave en este caminar.

A mi querida amiga Cris, porque a pesar de la distancia siempre fuiste luz en este camino, gracias por todo tu cariño y apoyo en este trabajo. Gracias siempre por tu sabiduría y compañía.

A mi profesora guía, Vania Martínez, por permitirme participar de este estudio. Gracias por su compromiso, su apoyo constante, y su paciencia. Gracias por compartir su conocimiento durante todo el proceso de este trabajo.

A la profesora Tamara Jorquera, gracias por su tiempo y generosidad, su conocimiento fue un gran aporte para este estudio.

A mis queridas y queridos profesores de la maestría, gracias por su generosidad y por enseñarme que el conocimiento solo es útil cuando es compartido.

A mis queridas compañeras chilenas, gracias por acogerme en su país, por permitirme aprender y compartir una parte de mi vida junto a ustedes.

A las y los jóvenes estudiantes de primer año, gracias por brindarme su tiempo y compartir su testimonio de vida, su voz ha sido un gran valor en este trabajo.

Al Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay), por permitirme ser parte de esta investigación, por el apoyo financiero, y por facilitarme espacios de retroalimentación en el proceso de este trabajo.

Al Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), por respaldar este estudio, y permitirme participar de las instancias de capacitación que fortalecieron y ampliaron mi conocimiento en este proceso.

RESUMEN

Introducción: El estigma de enfermedad mental se ha constituido como una barrera para la búsqueda de ayuda profesional en la vida de las personas. Pero, sobre todo, en la población juvenil universitaria que se encuentra en una etapa crucial en el desarrollo con alta prevalencia de inicio de trastornos mentales, que pueden generar consecuencias graves asociadas al suicidio que es la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años en Chile. **Objetivo:** Analizar las características del estigma de enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda profesional desde la perspectiva de jóvenes universitarios/as con riesgo suicida. **Metodología:** es un estudio cualitativo exploratorio, orientado por el método de investigación de la teoría fundamentada. El instrumento utilizado para la recolección de información fueron entrevistas semiestructuradas, realizadas a diez participantes seleccionados a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional. El método de análisis estuvo basado en la teoría fundamentada y el análisis de contenido. **Resultados:** Los principales factores que influyen en la construcción del estigma de enfermedad mental fueron, las experiencias individuales en relación a vivir con una enfermedad mental, las creencias del entorno familiar, los estereotipos hacia las personas con enfermedad mental, y los estereotipos de género. Además, se encontró que las consecuencias asociadas al estigma como barrera para la búsqueda de ayuda profesional se evidencian, en el retraso de las intervenciones, la discriminación y maltrato a nivel social y familiar, y la limitación para reconocer la presencia de una enfermedad mental en la vida de las personas. **Conclusión:** El autoestigma de la enfermedad mental en los/as estudiantes universitarios de este estudio se mantiene y es mayor que el estigma público. El estigma sigue siendo una barrera para la búsqueda de ayuda en este grupo de jóvenes. Las investigaciones e intervenciones posteriores deben tener en cuenta las características y factores que construyen el estigma en los estudiantes universitarios, promoviendo estrategias multisectoriales y multinivel que perduren en el tiempo y se orienten a disminuir el estigma hacia trastornos mentales comunes y mitiguen sus consecuencias.

PALABRAS CLAVE: estigma, enfermedad mental, jóvenes universitarios/as, riesgo suicida, búsqueda de ayuda profesional.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1. El fenómeno del estigma.....	10
2.1.1. Caracterización del estigma.....	10
2.1.2. Proceso de construcción del estigma	12
2.1.3. Estigma, contexto y relaciones de poder	13
2.2. Proceso de estigmatización y su relación con la enfermedad mental	14
2.3. Evolución histórica de la estigmatización de la enfermedad mental	15
2.4. Complejo estigma - discriminación asociado a los trastornos mentales, como barrera para la búsqueda de ayuda profesional	18
2.5. Estigmatización de la enfermedad mental y su relación con el riesgo suicida .	20
2.6. Adulthood emergente, enfermedad mental y riesgo suicida	21
2.7. Adulthood emergente y su relación con el estigma de la enfermedad mental como barrera para búsqueda de ayuda profesional	22
2.8. Variabilidad de la estigmatización de la enfermedad mental según el género y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios	24
2.9. Estrategias de intervención basadas en evidencia en la lucha contra la estigmatización de la enfermedad mental en jóvenes universitarios/as.....	25
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	27
3.1. Objetivo General.....	27
3.2. Objetivos Específicos.....	27
4. MARCO METODOLÓGICO	28
4.1. Diseño de investigación	28
4.2. Selección de los participantes y procedimiento de contacto.....	28
4.3. Técnicas de producción de información	29

4.4. Consideraciones éticas del estudio.....	31
5. RESULTADOS	32
5.1. Caracterización de la muestra	32
5.2. Presentación y análisis de resultados	34
5.2.1. Factores que influyen en la generación de estigma hacia la enfermedad mental.....	35
5.2.2. Consecuencias del estigma de la enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda profesional	41
5.2.3. Otras barreras para la búsqueda de ayuda profesional.....	45
5.2.4. Factores que disminuyen el estigma de la enfermedad mental	49
5.2.5. Propuestas para promover la superación del estigma de la enfermedad mental a largo plazo desde la perspectiva de jóvenes universitarios/as	54
6. DISCUSIÓN.....	60
7. LIMITACIONES	80
8. PROYECCIONES A FUTURO.....	81
9. CONCLUSIONES	82
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
11. ANEXOS	100

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos o enfermedades mentales obstaculizan de manera importante el curso de vida de las personas que experimentan un trastorno mental, y de aquellos/as que conforman su entorno próximo. Suelen manifestarse con mayor frecuencia en etapas de transición, una de ellas y en las que se centró este estudio, el inicio de la etapa universitaria. En este periodo según la evidencia científica se “identifica un pico para el primer inicio de una amplia gama de trastornos o problemas mentales” (Bruffaerts et al., 2019), sabiendo que, sobre todo los primeros años de la etapa universitaria significa una transición de la adolescencia tardía a la edad adulta, que implica asumir y adaptarse a una nueva forma de vida. Cuando en este camino por múltiples circunstancias los/as jóvenes atraviesan problemas que afectan su salud mental, tienen que lidiar con dos problemáticas, los síntomas propios de la enfermedad, pero, además, las actitudes, creencias negativas y estereotipos que circulan alrededor de la enfermedad mental.

En los últimos años, el estudio del estigma asociado a la enfermedad mental ha cobrado una relevancia significativa debido a la evidencia acerca del impacto negativo en la salud física y emocional de los afectados, y en sus oportunidades de desarrollo personal y social (Reneses et al., 2019). Por lo que, el estigma hacia la enfermedad mental al ser un fenómeno complejo y que se establece como una de las principales barreras para la búsqueda de ayuda profesional, ha sido abordado en varios estudios a nivel mundial. En América Latina, a pesar de que en países como Brasil, Argentina, México y Chile han desarrollado algunos estudios al respecto, la evidencia en esta región continúa siendo escasa.

La mayoría de estudios desarrollados alrededor de este tema, coinciden que hoy en día la estigmatización de la enfermedad mental sigue siendo un problema social e individual importante que transversaliza los medios de comunicación, la legislación estatal, las instituciones educativas, y de salud (Rössler, 2016). Además, tiene importantes implicancias en la calidad de vida de las personas con una enfermedad mental, porque la discriminación y el rechazo social que genera el estigma, propicia que las personas se resistan acudir a servicios especializados por temor a ser etiquetados, situación que dificulta que las personas acudan en fases iniciales, lo que genera un agravamiento de la enfermedad y mayor riesgo para la vida de las personas (Mascayano, Lips, Mena, &

Manchego, 2015). Por lo tanto, el estigma interfiere como una de las principales barreras para la búsqueda de ayuda profesional, principalmente en los/as jóvenes (Schnyder, Panczak, Groth, & Schultze-Lutter, 2017).

Por otro lado, el estigma se ha convertido en una prioridad dentro de la salud pública (Mascayano et al., 2015), sobre todo, ahora que hay una alta prevalencia de consecuencias a nivel emocional y mental que ha dejado la pandemia mundial por Covid-19, y particularmente en Chile el estallido social, donde especialmente la población juvenil fue altamente vulnerada. A esto, se suma lo reportado en varias investigaciones sobre estudiantes universitarios, donde encuentran que las consecuencias del estigma se reflejan principalmente en la dificultad de adaptación, el bajo rendimiento académico, y la deserción estudiantil (Cuijpers et al., 2019). Pero también, puede incurrir en consecuencias más graves como el riesgo suicida que tiene una relación directa con el estigma, sobre todo en jóvenes con mayor autoestigma (Assefa, Shibre, Asher, & Fekadu, 2012). Además, algunas investigaciones en población general, han reportado que las personas con criterios de trastornos mentales presentan más riesgo de mortalidad temprana no solo debido a comportamientos suicidas, sino también por condiciones que afectan la realización del proyecto de vida dentro de los grupos sociales a los que pertenecen en la comunidad en general o en el ámbito educativo y laboral (Campo-Arias & Herazo, 2015a).

Frente a este contexto la evidencia reporta varias intervenciones y estrategias promovidas por organismos en su mayoría privados, que han intentado aumentar la conciencia y el conocimiento de la naturaleza de las enfermedades mentales, pero exclusivamente de las de mayor gravedad, a fin de, mejorar las actitudes públicas sobre los individuos con enfermedades mentales graves y sus familias, y generar acciones para eliminar la discriminación y el prejuicio (Clement et al., 2013). Las estrategias utilizadas como la psicoeducación (Waqas et al., 2020b), el contacto social (Mascayano et al., 2015), y la protesta o manifestación social (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, & Rüsche, 2012) han demostrado algunos niveles de eficacia sobre las personas afectadas y su entorno familiar, pero en menor medida en el ámbito público e institucional; sin embargo, los resultados han sido insuficientes e insostenibles en el tiempo. Por consiguiente, resulta necesario

crear estrategias que integren el estigma hacia los trastornos mentales comunes¹ y que su impacto perdure en el tiempo.

Para lograr ese tipo de intervenciones la literatura sugiere, diseñar estrategias multinivel adaptadas al contexto sociocultural, que apunten al empoderamiento de las personas afectadas y su entorno cercano para exigir sus derechos civiles y sociales, así como también, a las instituciones estatales y privadas de poder e influyentes en la comunidad, para que promuevan y faciliten la apertura de espacios de inclusión social (Mascayano et al., 2015). Además, dentro del sistema educativo, es importante tomar en cuenta la perspectiva de los estudiantes, y ajustar el currículo educativo dando relevancia al bienestar emocional y mental escolar en equilibrio con lo cognitivo. Todas estas acciones requieren una articulación intersectorial, la creación de políticas públicas de protección social, y una inversión significativa por parte del Estado (Valderrama-Núñez & Zolezzi-Gorziglia, 2021).

Considerando lo antedicho, es pertinente comprender los factores que en la actualidad persisten en la construcción del estigma de la enfermedad mental en la población de jóvenes universitarios chilenos/as. Además, sabiendo que el estigma es una barrera para buscar ayuda profesional es importante conocer las principales consecuencias que ha tenido en esta población específica. A fin de dar respuesta a la pregunta de investigación, ¿Cuál es la experiencia en la construcción del estigma de enfermedad mental como una barrera para la búsqueda de ayuda profesional, en jóvenes universitarios/as con riesgo suicida?

¹ El término *trastornos mentales comunes* (TMC) se refiere aquellos trastornos que con mayor frecuencia se atienden en los niveles primarios de atención sanitaria. Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, dentro de los trastornos mentales comunes de por vida y de 12 meses se encuentra: depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno por consumo de alcohol y trastorno por consumo de sustancias (Auerbach et al., 2018).

2. MARCO TEÓRICO

2.1.El fenómeno del estigma

El estigma, es un fenómeno social complejo que existe y se construye a través de un proceso relacional, opera de tal modo que los grupos sociales, al identificar una diferencia, categorizan y etiquetan a las personas como diferentes, lo que conduce a una minusvaloración. Según Goffman, Crocker et al. (1963, 1998, citado en Lawrance Hsin Yanga; et al., 2007) “el estigma en su esencia es una identidad social devaluada”, que no se localiza completamente dentro de la persona estigmatizada sino, que transcurre en un contexto social y temporal, y que además, posee componentes cognitivos, afectivos y conductuales.

2.1.1. Caracterización del estigma

A modo de historización, el estigma es una palabra de origen griego, que en su momento hizo referencia particularmente a una señal en el cuerpo hecha con un hierro candente que ponía a la luz pública algo malo y poco habitual de una persona. Más tarde, durante el cristianismo, Goffman (2006) señala que el termino estigma, por un lado hacía referencia a signos de gracia divina que aparecían en el cuerpo de ciertos cristianos como representación del mensaje de redención de Cristo, pero también, como una perturbación física que diferenciaba a una persona de las demás originando rechazo. En la actualidad el estigma es utilizado como un medio para categorizar y diferenciar a las personas según características que hacen alusión a un aspecto negativo o un mal de una persona, que la reduce a un ser menospreciado o devaluado.

Algunos teóricos han propuesto diferentes perspectivas para definir el estigma. Erving Goffman (1963) y Jones et al. (1984), concuerdan en el argumento de que el estigma es un fenómeno social conceptualizado como un atributo (estereotipo, marca), que se vincula con la persona, es profundamente desvalorizador o indeseable y permite a las sociedades juzgar, degradar y rebajar a la persona portadora del mismo. Otras aproximaciones teóricas se orientan a definir al estigma como una respuesta frente a característica de la persona que no se ajusta a las normas que la sociedad impone, de tal modo, que se “establecen medios para categorizar a los sujetos, bajo atributos que se perciben como corrientes y naturales para esas categorías o identidades sociales”

(Crocker & Major, 1989, pág. 609,610). Por tal razón, cuando un atributo produce desprestigio o deshonor, se lo significa como un defecto, falla o desventaja que se pone en discrepancia con el estereotipo de cómo debe ser determinada especie de individuos (Goffman, 2006).

El estigma es un aspecto de la identidad social del individuo que forma parte de la construcción de la identidad personal, que se puede ver o no afectada de acuerdo con el contexto en el que se desarrolla cada persona, es decir, varía en función del contexto social. Es por esto que el estigma requiere una caracterización propia que es difícil determinar, como señala West y Smith (2007, citado en Aymá, 2015, pág. 229) “no se trata tanto de la magnitud sino, además, de la inscripción del hecho en el tiempo histórico, lo cual genera rituales recordatorios y permite las apariciones periódicas de eventos y una discursividad en la memoria colectiva”. El estigma se define en su relación entre el atributo y el estereotipo que se establece como parte de la identidad personal y social. Por lo tanto, percibirse como enfermo mental es adscribirse a una categoría social que se relaciona con determinados aspectos como locura, incapacidad, agresividad, peligro, inestabilidad, desconfianza, etc., a través de los cuales la persona sufre un proceso de estigmatización y discriminación.

En esta línea de relación también se establece la existencia de dos tipos de estigma, el autoestigma y el estigma público que hacen referencia tanto a la esfera individual como social.

El *autoestigma* es el conjunto de “estereotipos, prejuicios y discriminación que las personas vuelcan hacia sí mismas, convirtiéndose así en atributos identitarios” (Aretio, 2010, pág. 291) que producen una reacción emocional negativa que deteriora la autoestima y autoeficacia de las personas. Corrigan y Wassel (2008) sostienen que los efectos del autoestigma en personas con algún trastorno mental son nocivos, porque ellas asumen un rol pasivo que les lleva a perder el interés por tener una vida independiente, se condicionan al encuentro en el contacto social, se limitan en la búsqueda de ayuda profesional o si están en algún tratamiento lo abandonan, todo con el fin de no ser identificados con el grupo estigmatizado.

Con respecto al *estigma público*, al igual que el autoestigma consta de los tres elementos (estereotipo, prejuicio, y discriminación), que en su interacción conducen a un contexto

de diferencias que tipifican y asignan ideas estigmatizadoras que pueden generar barreras sociales que aumentan la tendencia al aislamiento y la discriminación. Sabiendo que “etiquetar implica a menudo una separación entre el «nosotros» y el «ellos». Esta separación conduce fácilmente a la creencia de que «ellos» son fundamentalmente diferentes a «nosotros»” (Arnaiz & Uriarte, 2006, pág. 51), poniendo al lenguaje como una fuente poderosa de estigmatización, discriminación y rechazo. Por lo que, el estigma público según Vogel (2007) contribuye a la formación del autoestigma.

2.1.2. Proceso de construcción del estigma

Como se mencionó en el acápite anterior las manifestaciones del estigma se dan en una dinámica relacional, por lo tanto, no sólo consiste en una identificación con un atributo, sino que se trata de procesos de estigmatización, los cuales se basan en valores compartidos por un grupo (Kurban & Leavy 2001, citado en Aymá, 2015). Estos procesos sociales tienen la finalidad de hacer una clara distinción entre el «nosotros» y el «ellos» dentro de una memoria colectiva que ha ido delineando y delimitando ciertas características de pertenencia. Ante este comportamiento social vale la pena preguntarse del “por qué una especie inherentemente social, con una fuerte necesidad de aceptación debería estar inclinada a rechazar a miembros de su propia especie” (Kurzban & Leary, 2001, pág. 190-191).

Según Goffman (1963, citado en Goffman, 2006), la estigmatización es un proceso de devaluación global de un individuo que posee un atributo desviado, que surge durante una interacción cuando los atributos que una persona puede demostrar poseer no cumplen con las expectativas normadas por la sociedad. Por lo tanto, la identidad social del individuo es tomada en su totalidad por el estigma invalidando su individualidad. Este proceso lleva a las personas a juzgar al sujeto estigmatizado como ilegítimo para participar en una interacción social (Kurzban & Leary, 2001) porque son incapaces de cumplir un rol adecuado en favor de la relación, siendo percibidos como imprevisibles o incontrolables sistemáticamente, lo que puede convertirse como una amenaza para la interacción misma.

Por tal razón, el proceso de estigmatización es un fenómeno complejo, que se forma en una relación diádica (sujeto-sociedad), y en él se pueden distinguir las siguientes dimensiones: estereotipos (conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría

de la población mantiene en relación con un determinado grupo social); prejuicios, (predisposiciones emocionales, habitualmente negativas); y, discriminación (acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia dichos miembros) (López et al., 2008). Estos componentes se encuentran dentro de un proceso dinámico más o menos sucesivo, donde se puede identificar:

a) Una distinción, etiquetado (labeling) e identificación de una determinada diferencia o marca que afecta a un grupo de personas. b) La asociación a las personas etiquetadas de características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes. c) Su consideración como un grupo diferente y aparte: «ellos» frente a «nosotros». d) Las repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien resulta estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza). e) La pérdida de estatus y la discriminación que afecta consecuentemente a la persona o grupo estigmatizado, dando lugar a resultados diferentes y habitualmente desfavorables en distintas áreas. f) La existencia de factores o dimensiones estructurales que tiene que ver en último término con asimetrías de poder, sin las cuales el proceso no funcionaría o, al menos, no con la misma intensidad ni con las mismas consecuencias para las personas afectadas (López et al., 2008, pág. 48).

El proceso de estigmatización reconoce que los sujetos son seres sociales y que se construyen en la relación con el otro, de modo que la interacción social es esencial para el desarrollo integral de las personas. Por lo tanto, aquellas personas que se sienten rechazadas por su misma especie son susceptibles a una serie de problemas conductuales, emocionales y físicos, lo que sugiere que los seres humanos tienen la necesidad fundamental de pertenecer a un grupo (Baumeister & Leary 1995, citado en Kurzban & Leary, 2001). En consecuencia, se hace preciso analizar el origen y evolución del estigma en el proceso de categorización social, a fin de lograr una comprensión real y cercana al fenómeno.

2.1.3. Estigma, contexto y relaciones de poder

En la construcción de las identidades colectivas, la discriminación es un elemento constante que acompaña el proceso de estigmatización, donde se entretiene una dinámica de poder con “representaciones hegemónicas que estructuran el sentido común...como dispositivos de control o regulación social” (Koller, 2012, citado en Aymá, 2015, pág. 242). El lenguaje juega un papel muy importante en la cristalización de ciertas dinámicas de poder, porque cuando una persona es etiquetada en función de un rasgo desacreditador, por ejemplo: depresiva, ansiosa, o suicida, queda en evidencia una relación desigual, que implícitamente involucra una relación de dominación. Es decir, que las personas que no

encajan en las normas sociales predeterminadas corren el riesgo de contar con una posición desventajada menos en la relación social, siendo esta la base de la discriminación y la violencia que viven cotidianamente los grupos estigmatizados, tanto a nivel simbólico cuanto, a nivel estructural.

Es importante hacer hincapié en la existencia de factores estructurales e intervenciones gubernamentales que en ocasiones resultan ser más perjudiciales para las personas, porque terminan reforzando el estigma a través de la invisibilización de aspectos fundamentales. Cuando se habla de discriminación López (2008), sugiere diferenciar las dimensiones interpersonales, de lo que se denomina “discriminación estructural”, que se reflejan en políticas públicas, leyes, y otras disposiciones prácticas para la vida social, que están orientadas hacia un discurso de funcionalidad y rendimiento. Por lo tanto, si una persona no cumple con este mandato es excluida, y en muchas ocasiones en nombre de sus derechos.

Esta lectura de la relación estigma-poder, nos permite comprender que la perpetuación del estigma no se da sólo en la interacción social, sino también, como un mecanismo favorecedor para mantener el control y dominio de subgrupos de la sociedad que se encuentran en falta. Por lo tanto, la superación del estigma no sólo significa cambiar la valoración en la relación del nosotros/as y ellos/as, sino también vencer estructuras de dominación para las cuales tener subgrupos dominados les es conveniente. Este es un problema complejo que se ha intentado paliar a través del tiempo con intervenciones orientadas a modificar los componentes cognitivos mediante la entrega de información, pero que ha dejado de lado “componentes emocionales, conductuales y disposiciones sociales (estigma estructural)” (López et al., 2008, pág. 49), que han repercutido para que las intervenciones y los cambios no sean sostenibles en el tiempo.

2.2. Proceso de estigmatización y su relación con la enfermedad mental

La construcción de los imaginarios sobre la enfermedad mental a través de la historia se ha constituido por concepciones mágico religiosas, donde las personas que padecían alguna enfermedad mental eran catalogadas como locas, dementes, endemoniadas, etc., criterios que desvalorizaban, categorizaban y excluían a las personas con alguna enfermedad mental de su contexto social. Estos pensamientos, creencias, estereotipos y

percepciones, que se originan en la forma de nombrar o de reconocer una enfermedad mental forman parte del proceso de estigmatización, que en su coyuntura se transforman en factores que “condicionan las relaciones sociales y la percepción que de sí mismas tienen las personas que lo padecen”(Vaquero, Escudero, Cebollero, Ureña, & Saiz, 2014, pág. 5).

Por lo tanto, “el imaginario social concerniente a la enfermedad mental, constituye un factor de refuerzo del estigma”(Castán, 2014, pág. 30), donde el lenguaje se ha constituido como una herramienta esencial para la perpetuación de éste a lo largo del tiempo, y para la reconstrucción constante de diferentes significados personales y sociales que tienen lugar en un contexto específico.

2.3.Evolución histórica de la estigmatización de la enfermedad mental

Según los registros existentes en la historia, se conoce que las personas con algún tipo de enfermedad mental se consideraba que estaban fuera de la norma social. Estas personas, nombradas de manera distinta según la evolución de los siglos: esclavos, brujas, poseídos, locos, enfermos mentales, han padecido el señalamiento, terror e incompreensión de los sujetos “normalmente” adaptados. Por lo tanto, la historia del estigma de la enfermedad mental es una historia plagada de muerte, sufrimiento y exclusión social (Rössler, 2016).

Haciendo un repaso histórico desde la época clásica hasta la actualidad, la presente revisión se sitúa como punto de referencia y partida en la Grecia clásica, donde la literatura muestra que la insania estaba determinada por factores netamente sociales, más que por argumentos físicos o religiosos; es decir que, una persona era considerada loca o demente cuando transgredía, cuestionaba o acusaba el orden establecido. A partir del siglo XIV se da la creación de los primeros “asilos para enajenados” o manicomios, lugares caracterizados por aislamiento, pobreza y masificación que dan cabida a la exclusión de las personas con problemas mentales con el fin de evitar su contacto con la sociedad. Posteriormente, para el siglo XVIII, la lógica de estos lugares se reformula a partir de “Pinel y su terapia mora²”, proceso que continúa y toma mayor relevancia en los años 70

² La terapia moral propuesta por Salpêtrière Pinel, estuvo orientada a establecer normas para la administración de hospitales para enfermos mentales, así como la regularización de tratamientos desde un enfoque humanista (Enriquez, 2020).

con la reforma psiquiátrica promulgada por Basaglia³, que pone fin a las instituciones totales y plantea como nuevo reto “el reconocimiento como ciudadanos y su integración en la comunidad para las personas que padecen un sufrimiento o malestar mental” (Canfield & Cunningham, 2018).

Ya en el siglo XX la enfermedad mental entró en el campo de la medicina y varios autores contribuyeron a la elaboración de una taxonomía de las enfermedades mentales. Un punto de inflexión para el estigma de la enfermedad mental fue el régimen nazi en Alemania, donde miles de personas con enfermedades mentales fueron asesinadas o esterilizadas (León Castro, 2005; Rössler, 2016).

Lo que se conoce en la ciencia como estigma de las enfermedades mentales se desarrolló por primera vez a mediados del siglo XX. Desde las ciencias sociales Erving Goffman, contribuyó con la descripción por primera vez, de los desafíos que enfrentaban las personas estigmatizadas en ese entonces. Después de él, varios científicos sociales desarrollaron conceptualizaciones y describieron la construcción asociada a los sistemas sociales, relacionales, y, sobre todo, a las instituciones. A autores como Goffman, Scheff, Laing, Foucault, entre otros, afirmaban que en las sociedades modernas los hospitales psiquiátricos y el sistema biomédico aumentaba aún más la estigmatización de las personas con alguna enfermedad mental, en lugar de permitir que los pacientes llevaran una vida más. Discursos que propiciaron en las décadas de 1960 y 70 a un poderoso movimiento antipsiquiatría, que denunciaba actitudes represivas y coercitivas contra las personas con enfermedades mentales (León Castro, 2005; Rössler, 2016).

Hoy en día, la estigmatización de la enfermedad mental sigue siendo un problema social e individual importante. Al mismo tiempo que se promulga que las personas con alguna patología mental tengan la posibilidad de ser sujetos de derechos y se lucha contra todo tipo de discriminación y violencia; prevalecen las respuestas de rechazo y exclusión hacia estas personas, por el imaginario colectivo que se ha construido sobre ellas (Corrigan & Watson, 2002). Por lo que, en las sociedades modernas y en los países de medianos y altos ingresos el estigma es un fenómeno que transversaliza los medios de comunicación,

³ Con la instauración de la Ley 180, también conocida como la “Ley Basaglia”, en 1978 en Trieste se inició la desinstitutionalización de los pacientes y se inició la psiquiatría comunitaria (Pablos & Díez, 2018).

la legislación estatal, las instituciones educativas, y los esfuerzos por tratar y rehabilitar a las personas (Rössler, 2016).

Si bien el estigma hacia las enfermedades mentales es universal, la experiencia personal es heterogénea, porque está condicionada por el contexto histórico, cultural, económico, social y ambiental de las personas, además, por el diagnóstico biomédico de la enfermedad (Parcesepe & Cabassa, 2013; Rössler, 2016). Con el tiempo, el proceso de nombrar y explicar lo desconocido en torno a las enfermedades mentales, no ha dependido únicamente de los criterios estigmatizantes, sino ha sido el resultado de: 1) la alfabetización en salud mental desde modelos biológicos; 2) por una mayor aceptación de la ayuda profesional, y 3) por el avance en investigación sobre los tratamientos. Todo lo anterior, ha hecho que en la actualidad algunos trastornos mentales comunes, como la depresión o la ansiedad, sean menos estigmatizados (Schomerus et al., 2012).

De igual manera, a nivel mundial en la región latinoamericana, el estudio del estigma y las acciones para combatirlo, se han incrementado gradualmente.

Mascayano et al (2016)., en una revisión sistemática sobre el tema, identifica que en América Latina existen categorías comunes a otras regiones del mundo, donde las personas con enfermedades mentales aún son catalogadas como peligrosas, violentas o locas; también existen actitudes de estigmatización por parte de los profesionales de salud. A pesar de esto, según reportan los mismos autores, se muestra que, al igual que en otras regiones, las diferencias en el contexto familiar y social son importantes, pues donde existe mayor conocimiento, cercanía interpersonal y solidaridad comunitaria provocan, en ciertos casos, que el estigma sea menor, comparado con países europeos.

A pesar de las reformas psiquiátricas que se han construido a través del tiempo, las personas que tienen algún problema relacionado a la salud mental, siguen enfrentándose a múltiples barreras, principalmente al estigma que encuentra en la interacción cotidiana y en las múltiples relaciones sociales que entablan quienes tienen un padecimiento.

Los párrafos anteriores permiten sostener que, el problema moderno radica en que el estigma todavía sigue siendo una de las principales barreras para la búsqueda de ayuda profesional, principalmente en los jóvenes (Schnyder et al., 2017). A esto se añade la evidencia en cuanto las asociaciones existentes entre el estigma y gravedad de los

síntomas (Brown, 2017), por lo que las personas que sufren estigma generalmente experimentan deterioro funcional y exclusión social.

Esta experiencia tiene una explicación desde la “teoría del etiquetamiento” formulada por Bruce y Phelan (1989), quienes mencionan que la estigmatización hacia la enfermedad mental, es un proceso complejo y dinámico mediante el cual, “los seres humanos, por medio del lenguaje, aprenden e internalizan concepciones respecto a aquellas personas con una enfermedad mental, que luego se transforman en “rótulos” con los cuales se les etiqueta, clasifica y discrimina” (Mascayano et al., 2015, pág. 54). Teoría que años más tarde fue complementada por Scheff (1996), quien sostiene que las etiquetas de anormalidad provocan en el imaginario social, estereotipos relacionados con la locura, peligrosidad, debilidad o inutilidad (estigma público), que son aprendidos durante el proceso de socialización y reforzados a diario, y que una vez totalmente inculcado el papel estereotipado de “enfermo mental”, puede después emerger como un “estatus principal” del individuo (autoestigma), debido a su naturaleza altamente desacreditadora (Lawrance Hsin Yanga; et al., 2007).

Así, el estigma, aun cuando el rasgo estigmatizado no sea visible, pasa a formar parte y acaparar la totalidad de la identidad, tanto en su dimensión personal como social. Porque, “las narrativas personales nacen de la experiencia y dan forma a la experiencia, y en este sentido las narrativas constituyen tipos discursivos centrales para la construcción identitaria. Lo que se transforma, una vez atravesado ese umbral es una condición misma del ser” (Martin & Rose, 2008; Bruner, 2003; Schiffrin, 2006 citado en Aymá, 2015).

Por lo tanto, las personas con algún trastorno mental han de enfrentarse, en su vida cotidiana, a una doble dificultad, lo que ha venido a denominarse la “doble enfermedad”. Por un lado, “experimentan los síntomas propios de su trastorno psíquico o emocional, y por otro lado, deben hacer frente a los efectos del estigma social asociado a dicho problema, trastorno o enfermedad (...) lo que generalmente conlleva la propia interiorización del mismo” (Pesenti & Araico, 2015).

2.4. Complejo estigma - discriminación asociado a los trastornos mentales, como barrera para la búsqueda de ayuda profesional

La estigmatización de la enfermedad mental opera como una de las principales barreras para la búsqueda de ayuda profesional, sabiendo que, en el proceso de estigmatización de la enfermedad mental se identifican actitudes discriminatorias y de rechazo que generan consecuencias negativas en las personas ya “desacreditadas”, pero también en las potencialmente “desacreditables”, es decir aquellas que no han sido todavía identificadas de manera pública, pero que saben que pueden serlo en el momento en que se conozca su condición o diagnóstico (Goffman, 2006). Esta situación restringe de derechos y de oportunidades a las personas, porque opera como una barrera para el acceso a la búsqueda de ayuda profesional.

A pesar de que en los últimos años, varios reportes en países de altos ingresos muestran que se han implementado normas y políticas públicas para la reducción o eliminación del estigma hacia las personas con enfermedad mental, se puede evidenciar que han tenido un bajo impacto, porque son estrategias que abordan el fenómeno del estigma desde una lógica lineal y causal, sin tomar en cuenta las particularidades del contexto (Mascayano et al., 2015).

El complejo estigma-discriminación asociado a los trastornos mentales y riesgo suicida considera que “el conjunto estigma-estereotipo/prejuicio-discriminación es un “complejo”, más que conceptos interrelacionados” (Campo-Arias & Herazo, 2015b). Es decir, que el proceso de estigmatización de la enfermedad mental se construye a partir del entrelazamiento de los cuatro elementos antes mencionados, pero, además, su origen e impacto depende de variables estructurales, y de componentes cognitivos, afectivos y conductuales, dentro de un contexto social y cultural particular (Mascayano et al., 2015).

Por tanto, “cuando el complejo estigma-discriminación asociado a trastornos mentales y riesgo suicida percibido, es mayor, conlleva una pérdida de estatus en las personas, afrontando esta situación a través de aislamiento social, deterioro en las redes de apoyo, reducción de oportunidades sociales, etc.” (Campo-Arias & Herazo, 2015a, pág. 246). Situación que desencadena que las personas se limiten a acceder a los servicios en salud mental. Por lo tanto, las personas que presentan algún malestar psíquico como sus familiares ocultan el sufrimiento, y en consecuencia esto retrasa la consulta a profesionales de la salud mental, escalando a un nivel superior, donde estás demoras

cronifican de manera significativa los episodios o malestares y como resultado acrecientan el riesgo de suicidio.

2.5. Estigmatización de la enfermedad mental y su relación con el riesgo suicida

El estigma de la enfermedad mental y el riesgo suicida son fenómenos con una relación compleja bidireccional. La ideación o conducta suicida puede ser la causa de estigma, como también el estigma puede ser causa del riesgo suicida (Carpiniello & Pinna, 2017). El riesgo de suicidio moderado a severo en los estudiantes universitarios chilenos/as tiene una prevalencia general del 5% (Baader et al., 2014), alcanzando valores del 19,1% para riesgo moderado y 6,1% de riesgo severo en estudiantes de medicina (Kobus G et al., 2020). En ese sentido el riesgo suicida en personas con enfermedades mentales no sólo es relevante a nivel epidemiológico, sino también, por ser uno de los acontecimientos humanos con mayor estigmatización (Carpiniello & Pinna, 2017).

Si bien, el estigma asociado con las enfermedades mentales ha disminuido conforme los avances de la ciencia (Rössler, 2016), la tendencia ha sido más lenta en respecta al estigma de personas con enfermedades mentales y riesgo suicida. En una revisión de Capiniello et al. (2017) en relación al suicidio como causa de estigma, reporta que hasta un 40% las personas encuestadas consideraban el suicidio como un acto negativo, irresponsable y cobarde; hecho considerado también por las personas con intentos suicidas a manera de autoestigma. Así también, se menciona que las actitudes estigmatizantes hacia el riesgo suicida se asocian de manera general al sexo masculino, a la edad más joven y a la diversidad étnica. Además, que el estigma hacia el riesgo suicida se incrementa, mientras más intentos autolíticos presentan las personas, y se desplaza hacia los familiares de la víctima.

Las consecuencias del estigma como un factor estresante y causa de aislamiento social pueden ser una carga excesivamente grave relacionada al riesgo suicida (Carpiniello & Pinna, 2017), por tal razón, los pacientes con antecedentes de intentos suicidas experimentan vivencias relacionadas con el complejo estigma - discriminación, que se relacionan al intento o intentos suicidas repetidos. Esta experiencia se encuentra en constante relación y se “configura como una de las principales barreras de acceso a servicios de salud mental e incumplimiento del plan terapéutico” (Campo-Arias & Herazo, 2015a, pág. 246).

Además, existen algunos factores importantes que median la relación entre el estigma y el riesgo suicida. Por un lado, el proceso de etiquetamiento de una persona como “enfermo mental” que está directamente asociado al aumento de conductas o ideación suicida (Oexle et al., 2017). Y por otro, la asociación entre el estigma y la baja autoestima en personas con riesgo suicida (Lehmann, Hilimire, Yang, Link, & DeVlyder, 2016). Adicionalmente, existen reportes que mencionan que el estigma reduce la búsqueda de ayuda en personas cercanas y mucho más hacia profesionales, especialmente en personas con riesgo suicida, relación que es mucho más fuerte en grupos humanos con otras causas de estigmatización como las minorías sexuales (Campo-Arias & Herazo, 2015b; Kota, Salazar, Culbreth, Crosby, & Jones, 2020; Swannell, Martin, & Page, 2016).

2.6. Adultez emergente, enfermedad mental y riesgo suicida

La adultez emergente es un periodo evolutivo que abarca las edades de 18 a 29 años. Es un fenómeno culturalmente construido, que se manifiesta en sociedades industrializadas como consecuencia de cambios sociodemográficos que se han dado en las últimas décadas, como el aumento del acceso a la educación universitaria, el aumento de la fuerza laboral, y la postergación de hitos como el matrimonio y tener hijos (Arnett, 2000). Chile no está lejano de esta realidad, pues algunos estudios (Cerda, 2008; Dávila y Ghiardo, 2012 citado en Barrera-Herrera & Vinet, 2017) han demostrado que al menos en la últimas décadas se ha producido una disminución de la tasa de hijos/as, una significativa postergación en la edad para contraer matrimonio, así como, un aumento en los años de escolaridad que ha generado mayor acceso a la universidad. El Ministerio de Educación en el año 2007 señaló que la expansión y masificación de la educación superior generó un nuevo perfil de estudiantes universitarios. Porque la cobertura universitaria hasta ese año alcanzaba a los quintiles socio-económicos I, II y III que correspondían al 40% de hogares con menores ingresos del país, advirtiendo que esta realidad tenía una tendencia al alza (Nuñez, 2007 citado en Micin & Bagladi, 2011).

Por lo tanto, la etapa universitaria en los/as jóvenes chilenos/as se ha convertido en un periodo de vital importancia, tomando en cuenta que en muchos casos son la primera generación que accede a la educación superior en sus familias. Por lo que, en este periodo los/as jóvenes se enfrentan a grandes desafíos que incluyen mayor autonomía, mayor responsabilidad para poder responder a las exigencias académicas, a expectativas

personales y familiares, a la incertidumbre respecto al futuro y a la necesidad de adaptación a un nuevo contexto vital, todo esto requiere de autogestión y autorregulación. Factores que pueden incidir de manera positiva, pero también pueden ser perjudiciales para el desarrollo, porque generan altos niveles de estrés y más aún en un contexto de crisis social y sanitaria.

En consecuencia, un estudio realizado en Chile da cuenta de una alta prevalencia de psicopatología en este grupo poblacional, sobre todo con problemas relacionados a depresión, ansiedad, consumo problemático de sustancias, conductas de riesgo y suicidio (Baader et al., 2014). Otro estudio que complementa estos resultados, reporta que la sintomatología depresiva y ansiosa es claramente la más frecuente y se acentúa más en estudiantes universitarios de primer año (Antúnez Sanhueza & Vinet, 2013), estos problemas de salud mental influyen significativamente en el desempeño académico de los/as estudiantes y su calidad de vida, propiciando situaciones de desesperanza que se constituyen como un factor etiológico y de mantenimiento del riesgo de suicidio en esta población. Un estudio realizado en la Universidad Austral de Chile demostró que el 5,3% de los/as estudiantes presentaba puntuaciones elevadas de desesperanza, lo que sugiere un riesgo moderado a severo de suicidio o autolesiones no fatales (Baader et al., 2014, citado en Soto Salcedo, Villaroel Grúner, & Véliz Burgos, 2020). El mismo estudio sugiere que, la desesperanza generada por diversas situaciones a las que están expuestos los/as estudiantes universitarios/as en un contexto como el chileno, además, de los problemas asociados a la salud mental que pueden originarse en esta etapa de la vida, pueden conformarse como un factor inminente de riesgo suicida.

2.7. Adulthood emergente y su relación con el estigma de la enfermedad mental como barrera para búsqueda de ayuda profesional

La evidencia publicada alrededor del estigma de la enfermedad mental en población juvenil en el mundo, aún es escasa y está concentrada en países de altos ingresos del cono norte. El estigma de la enfermedad mental puede impactar más a cortas edades que en la edad adulta, esto debido a los años de carga de enfermedad, y a la demora de búsqueda de ayuda profesional. Así también, en población infanto juvenil el estigma por enfermedades mentales puede ser aún peor que estigmas asociados con enfermedades físicas o problemas del aprendizaje (Kaushik, Kostaki, & Kyriakopoulos, 2016).

El estigma en la infancia y la juventud varía según el diagnóstico y la percepción de peligrosidad, así lo identifica una revisión sistemática realizada por Kaushik et al. (2016) sobre el tema, donde se reporta que la depresión es más estigmatizada frente a otras condiciones, como, por ejemplo, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Además, según la percepción social las mujeres y los niños se consideran menos peligrosos que sus contrapartes varones y jóvenes; y se evidencia también, que el estigma en las primeras etapas de la vida de un joven trae consigo afectación en el desarrollo de la identidad y el capital social, tiene repercusiones en la salud mental, genera exclusión social, limita la búsqueda de ayuda y la adherencia a los tratamiento (Ferrie, Miller, & Hunter, 2020).

Con relación a la influencia del contexto educativo, Al-Damarki (2003) menciona que, los estudiantes que han tenido acceso a una educación superior mostraron mayor tolerancia hacia las enfermedades mentales. Sin embargo, el sentimiento de vergüenza fue uno de los factores importantes que limitaba la búsqueda de ayuda profesional (Al-Darmaki, Thomas, & Yaaqeib, 2016).

Por otra parte, independientemente de las características del estigma, un estudio muestra que la población infanto juvenil que sufre de alguna condición mental tiene peores resultados educativos, mayor riesgo de distanciamiento social, abuso de sustancias, violencia y suicidio en comparación con la población catalogada como sana (Kaushik et al., 2016; Telesia, Kaushik, & Kyriakopoulos, 2020).

Así como las consecuencias del estigma se presentan en edades tempranas, existe evidencia de que los comportamientos estigmatizantes pueden desarrollarse también prematuramente, aproximadamente a los 6 años de edad que es cuando los niños y niñas comprenden e interiorizan los términos cotidianos del mundo adulto asociados a la enfermedad mental, y se familiarizan con los estereotipos culturales alrededor de los 10 años (Costello, Foley, & Angold, 2006).

En este contexto, se plantean varias consideraciones que invitan a comprender el estigma en la población juvenil. Primero, hay que entender el estigma en el contexto de una baja prevalencia de uso y acceso los servicios de salud mental por parte de esta población y las distintas barreras de búsqueda de ayuda. Segundo, se debe reconocer la importancia de intervenciones tempranas, que favorecen el curso de vida de las personas. Y por último,

se deben identificar los riesgos asociados al aislamiento y a la exclusión que puedan tener consecuencias graves para la salud mental y física; y las consecuencias que puede implicar la estigmatización en la última etapa de desarrollo de los/as jóvenes (Kaushik et al., 2016).

2.8. Variabilidad de la estigmatización de la enfermedad mental según el género y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios

En estudiantes universitarios existe una heterogeneidad de resultados en cuanto a la estigmatización de la enfermedad mental según el género y el nivel socioeconómico.

En la población general de países de altos ingresos, existe evidencia de que las personas pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo o expuestas a una mayor privación y desventaja socioeconómica, tienden a presentar mayor nivel de estigma hacia las enfermedades mentales. Sin embargo, algunos estudios no sugieren esta asociación, particularmente los de los países más pobres (Bhavsar, Schofield, Das-Munshi, & Henderson, 2019; Hansson, Stjernswärd, & Svensson, 2016; Robinson & Henderson, 2019). También se ha encontrado evidencia donde el estigma de la enfermedad mental se encuentra asociada a niveles socioeconómicos altos, con la particularidad de que el estigma se identifica más en el ámbito personal, que en el público (Foster & O'Mealey, 2022).

Respecto al género, Eisenberg et al. (2009), en un estudio realizado con estudiantes universitarios en los Estados Unidos, reportan que, tanto “el estigma público como el personal o autoestigma, son significativamente mayores en estudiantes que se identifican con el género masculino, comparado con las estudiantes que se identifican con el género femenino, y más en estudiantes provenientes de familias pobres, comparados con estudiantes de estratos socioeconómicos más ricos” (Eisenberg, Downs, Golberstein, & Zivin, 2009), así como también, es mayor en etnias no blancas.

Por otro lado Corrigan et al., (2016) en un estudio realizado en cinco instituciones universitarias estadounidenses con estudiantes (n=1293), encontró que los hombres y mujeres no diferían significativamente en la presencia de estigma público. No obstante, en este mismo estudio se encontró que era más probable que los hombres se identifiquen con el estigma personal en comparación con las mujeres. Además, Pedersen y Paves

(2014) en un estudio anterior en el mismo país, encontraron resultados distintos a nivel del estigma público, donde las mujeres tuvieron mayor estigma que los hombres; y resultados similares a nivel del estigma personal donde los hombres tuvieron más estigma personal que las mujeres.

Por lo tanto, se conoce que el estigma hacia las enfermedades mentales puede estar determinado por variables sociales y demográficas, pero no hay claridad de cómo estas variables operan y afectan, debido a que en los estudios se encuentra variabilidad en los resultados. Por lo que, se puede pensar que el estigma está altamente influenciado y determinado por la cultura.

2.9. Estrategias de intervención basadas en evidencia en la lucha contra la estigmatización de la enfermedad mental en jóvenes universitarios/as

La evidencia reporta tres enfoques distintos de intervención anti estigma a nivel público. Los enfoques educativos y de comunicación, de bajo costo y amplio alcance, que tratan de desafiar mitos y estereotipos con información verdadera a través de anuncios públicos, volantes, películas, páginas web y podcasts (Clement et al., 2013). Los enfoques de contacto y relaciones interpersonales con personas estigmatizadas, es un segundo enfoque, que permite a las personas de la población general disminuir sus prejuicios compartiendo objetivos e intereses comunes y desmintiendo estereotipos predominantes. Un tercer enfoque ha sido el activismo social que resaltan las injusticias de varias formas de estigma (Corrigan et al., 2012).

El cambio del estigma público por su parte ha sido evaluado desde cambios sociocognitivos como las actitudes, afectos y comportamientos. Las actitudes reflejan el cambio en los estereotipos sobre las enfermedades mentales e incluyen ideas de culpa, peligrosidad e incompetencia. El afecto hace referencia a las reacciones emocionales, a las actitudes como miedo e ira hacia la peligrosidad y la culpa. Y, los comportamientos discriminatorios se reflejan en actitudes y afectos repetitivos socialmente.

La evaluación de la reducción del estigma ha sido complicada debido a que la mayoría de estudios evalúan el autoinforme de cambio, además que, existen una infinidad de circunstancias y entornos sociales que deben evaluarse y compararse (Corrigan et al., 2012).

Corrigan et al. (2012), en un metaanálisis en población en su mayoría universitaria, señala que las estrategias basadas en protesta⁴ no producen ningún cambio significativo en la disminución del estigma. A diferencia de las intervenciones basadas en la educación, que tuvieron efectos pequeños pero significativos para disminuir el estigma a nivel del comportamiento y afecto (Corrigan et al., 2012). Por otro lado, las intervenciones basadas en el contacto social, tuvieron mejoras significativas en el cambio de comportamiento, pero no en el afecto.

A nivel de las intervenciones basadas en contacto este mismo metaanálisis indica que, el contacto en persona versus el contacto en video son igualmente significativos, aunque el contacto en persona tiene un efecto significativamente mayor que el contacto por video para reducir el estigma a nivel de actitudes y de comportamientos (Corrigan et al., 2012).

Otros estudios cuasiexperimentales en jóvenes reportan que, el enfoque educativo y de contacto son efectivos indistintamente en la reducción del estigma, mejorando el conocimiento, las actitudes, el empoderamiento, la disposición a interactuar y en la búsqueda de ayuda y tratamiento. (Kosyluk et al., 2016; Lanfredi et al., 2019; Painter et al., 2017).

Así como existe diferencias sobre el tipo de intervención, se deben contemplar diferencias asociadas al año al que pertenecen los estudiantes. Garriott et al., (2017) señala que las intervenciones dirigidas a disminuir el estigma personal para la búsqueda de ayuda son más importantes en los estudiantes de primer año, mientras que las intervenciones para disminuir el estigma público son más importantes en las generaciones siguientes.

Basados en principios derivados de la investigación para la reducción del estigma y en el marco de una evaluación longitudinal de un programa universitario contra el estigma, Pescosolido, et al., (2020) mencionan cinco principios que pueden guiar un programa universitario, a saber: 1) programas que incluyan a todos los estudiantes con principal atención a estudiantes de primer año; 2) programas construidos por estudiantes y para estudiantes acompañados por los recursos universitarios técnicos y administrativos; 3) pensar en estrategias atractivas para los estudiantes y medios de comunicación por los

⁴ La protesta: es un tipo de estrategia que han llevado a cabo las campañas de lucha contra el estigma y discriminación en salud mental. Que busca producir cambios penalizando las conductas estigmatizantes (López et al., 2008).

que mejor fluyera el mensaje hacia ellos/as; 4) fortalecer vínculos con otros grupos estudiantiles y de voluntariado para promover objetivos comunes anti estigma; y 5) crear una guía y catálogo de eventos, actividades y talleres universitarios anti estigma que permitan pensar el lugar y la forma de hacer eventos. Además de evaluar, sistematizar y crear un repositorio para que algunas estrategias puedan ser replicadas a futuro.

Según los antecedentes teóricos encontrados, en Chile aún es escasa la información que permite comprender el fenómeno del estigma de enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda profesional en población juvenil universitaria. Además, no se encuentra literatura específica que aborde los factores que influyen, tanto a nivel individual, familiar y social, en la construcción del estigma de la enfermedad mental en relación a trastornos mentales comunes que son los de mayor prevalencia en jóvenes universitarios/as. Por otro lado, sabiendo que el estigma de enfermedad mental es una barrera importante para buscar ayuda profesional, no se encuentra información contundente que muestre las intervenciones que se han realizado para reducir el estigma a nivel social y escolar, por lo que es importante escuchar las propuestas que pueden generar los/as jóvenes universitarios chilenos/as con riesgo suicida.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Objetivo General

Analizar las características del estigma de enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda profesional desde la perspectiva de jóvenes universitarios/as con riesgo suicida.

3.2. Objetivos Específicos

- Describir desde la perspectiva de jóvenes universitarios/as los factores que influyen en la construcción del estigma de la enfermedad mental, tomando en cuenta la auto experiencia, familia, y discurso social.
- Analizar el efecto que tiene el estigma de la enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda profesional, según género y nivel socioeconómico.
- Propiciar la generación de propuestas desde la perspectiva de jóvenes

universitarios/as que promuevan la superación del estigma de la enfermedad mental a largo plazo.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Diseño de investigación

En cuanto al diseño de investigación este es un estudio exploratorio que se inscribió dentro de la metodología cualitativa, que permitió “describir y entender el fenómeno desde el punto de vista de cada participante, tomando en cuenta el contexto en términos de temporalidad (tiempo en que sucedieron), espacio (lugar en el cual ocurrieron), corporalidad (las personas físicas que lo vivieron), y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias)” (Creswell, 1998; Álvarez, 2003; et al, citado en Salgado-Levano A.C., 2007). Además, se orientó por el método de investigación de teoría fundamentada que permitió contextualizar y comprender mejor la experiencia subjetiva de los/as participantes a partir de los datos obtenidos durante el transcurso de la investigación, en relación al estigma de enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda profesional en jóvenes universitarios con riesgo suicida, por medio de un procedimiento de análisis inductivo (Strauss & Corbin, 2002).

4.2. Selección de los participantes y procedimiento de contacto

El tamaño muestral de este estudio fue de 10 participantes determinado por criterios de saturación teórica (Krause, 1995), y criterios de inclusión, estos últimos consideraron: estudiantes de primer año de pregrado de una universidad pública de Santiago de Chile, en una edad comprendida entre los 18 y 24 años, que participaron de forma voluntaria, contestaron el consentimiento informado, y realizaron el cuestionario de evaluación de salud mental del “Estudio Longitudinal de Salud Mental en Estudiantes Universitarios” (ELSAM) cuyo resultado arrojó un screening positivo para riesgo suicida. En cuanto a los criterios de exclusión, se tomó en cuenta que las personas no estuvieran participando en otras investigaciones además del estudio original.

En este estudio se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencionado. Con el objetivo de contar con un arranque muestral promedio en relación al género, que permitió

tener un contraste en cuanto a experiencias derivadas del riesgo suicida y problemas relacionados con la enfermedad mental.

La muestra para esta investigación se derivó del estudio marco del Núcleo Milenio (Imhay), denominado “ELSAM”, que busca evaluar la salud mental de estudiantes universitarios de primer año a través de un cuestionario que reportaba aquellos/as estudiantes con un screening positivo para riesgo suicida a través de las siguientes preguntas: en los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia has deseado estar muerto(a), poder dormirte y no volver a despertar, o pensaste en suicidarte?; y, en los próximos 12 meses, ¿qué tan probable es que intentes suicidarte? Posteriormente, los/as estudiantes fueron invitados/as a participar de forma voluntaria en la investigación. Las personas que aceptaron se les contactó vía correo electrónico para explicarles el objetivo del estudio y lo que implicaba su participación. Finalmente, todos/as aquellos/as que aceptaron participar respondieron el consentimiento informado ([Anexo 1](#)), y posteriormente se coordinó la entrevista a través de la plataforma Zoom.

4.3. Técnicas de producción de información

Respecto a los instrumentos y técnicas de recolección de datos, en esta investigación se utilizó entrevistas semiestructuradas orientadas por preguntas directrices previamente formuladas, con el objetivo de profundizar y recoger información orientada a responder a los objetivos y a la pregunta de investigación. Las preguntas directrices se construyeron a partir de tres unidades de análisis: la construcción del estigma de la enfermedad mental, el efecto del estigma de la enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda, y las propuestas para disminuir el estigma desde la perspectiva de jóvenes con riesgo suicida. Además, se tomó en cuenta tres niveles de análisis: auto experiencia, familia, y discurso social; y dos categorías sociodemográficas: género, y nivel socioeconómico, estas últimas con el fin de identificar si existía alguna diferencia. En la siguiente tabla se muestra de forma esquemática las unidades y los niveles antes descritos.

Tabla 1: Unidades, objetivos y niveles de análisis para entrevista semiestructurada

UNIDADES DE ANÁLISIS		
<i>Construcción del estigma de enfermedad mental</i>	<i>Efecto del estigma de la enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda</i>	<i>Propuesta desde la perspectiva de los/as jóvenes</i>

OBJETIVOS			
	Identificar los factores que influyeron en la construcción del estigma. Identificar la presencia o no de estigma en los/as estudiantes.	Conocer si los/as jóvenes consideran al estigma como una barrera para la búsqueda de ayuda profesional, y un factor que puede aumentar el riesgo suicida.	Recoger propuestas generadas por los/as estudiantes que promuevan la superación del estigma a largo plazo.
N I V E L E S D E A N Á L I S I S	Auto experiencia: ¿Qué significa para ellos/as la enfermedad mental? (identificar autoestigma) ¿De dónde proviene el significado que tienen los/as estudiantes sobre la enfermedad mental? (estigma social internalizado)	Auto experiencia: ¿puede el estigma de la enfermedad mental ser una barrera para buscar ayuda profesional? ¿El estigma puede ser un factor que eleve el riesgo suicida en una persona con trastorno mental?	Auto experiencia: ¿los/as estudiantes reconocen propuestas orientadas a la superación del estigma de enfermedad mental a nivel país, comunidad, vecindario, liceo o familia? Según los/as estudiantes, ¿Qué propuestas pueden ayudar a superar el estigma a largo plazo?
	Familia⁵: ¿Cómo se percibe dentro de la familia nuclear la enfermedad mental?, ¿Qué creencias identifican entorno a la enfermedad mental?, ¿Cómo ha influido la familia en la autopercepción de la enfermedad mental?	Familia: ¿el estigma de la enfermedad mental dentro del grupo familiar dificulta la búsqueda de ayuda profesional y aumenta el riesgo de suicidio?	Familia: ¿cuál podría ser el rol de la familia para favorecer la superación del estigma como barrera de búsqueda de ayuda profesional?
	Discurso social⁶: ¿Cómo el discurso social ha influido en la construcción individual del estigma de enfermedad mental?	Discurso social: ¿cómo el estigma se conforma como una barrera para la búsqueda de ayuda profesional, y aumenta el riesgo de suicidio aumente?	Discurso social: ¿qué del contexto social podría favorecer a la superación del estigma como barrera para búsqueda de ayuda profesional a largo plazo?

Los niveles de análisis antes mencionados serán analizados según las variables transversales de género y nivel socioeconómico. A fin de establecer posibles diferencias.

⁵*Familia:* “no existe un modelo único de familia, y que su definición no debe restringirse a la pareja y los hijos, sino que también debe considerar otros parientes de la familia extensa con quienes se tengan lazos cercanos, los que pueden existir entre personas que no sean jurídicamente parientes” (CIDH, 2014, citado en Trufello Garcia, 2018).

⁶ *Discurso social:* según Van Dijk (1983, citado en Cárdenas Neira, 2013) en su “teoría del contexto”, reconoce al sujeto al margen de sus contextos socio-culturales reales como: relaciones con pares, profesores, vecinos/as, además, de aspectos políticos, económicos, educativos, y religiosos.

Diferencia de género⁷: conocer si la diferencia de género influye en la construcción del estigma de enfermedad mental, la búsqueda de ayuda profesional y el riesgo suicida.	Nivel socio-económico: conocer si el nivel socioeconómico influye en la comprensión de la enfermedad mental y la búsqueda de ayuda profesional.
--	--

Tomando en cuenta cada unidad de análisis se construyeron preguntas guías orientadas por los tres niveles de análisis propuestos (auto experiencia, familia y discurso social). Estas preguntas tuvieron la finalidad de guiar la entrevista semiestructurada, y se adjuntan en el capítulo de anexos ([Anexo 2](#)).

4.4. Consideraciones éticas del estudio

Esta investigación estuvo asociada al estudio marco del Núcleo Milenio (Imhay) ELSAM. El proyecto de tesis de este estudio fue aprobado por el comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, proyecto N° 080-2020 ([Anexo 3](#)).

La investigación se llevó a cabo por la Ps.Cl. Gabriela León, estudiante de segundo año de la Maestría de Psicología Clínica con mención en Infante Juvenil, de la Universidad de Chile. Estuvo bajo la supervisión de la Dra. Vania Martínez, psiquiatra, académica de la Facultad de Medicina y directora del Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay).

Esta investigación contó con la autorización de los/as estudiantes, quienes firmaron el consentimiento informado previamente elaborado de acuerdo a los lineamientos dados por el Comité de Ética.

Por ser un grupo de estudiantes con un screening positivo para riesgo suicida se contó con un protocolo de derivación, en el caso de identificar alguna situación de riesgo durante la entrevista. En el cual se procedía en primera instancia a contactar a la Dra. Vania Martínez, quien coordinaría la derivación a los sistemas de salud que le corresponda a cada participante.

⁷ *Género*: “resultado de un proceso mediante el cual las personas recibimos significados culturales, pero también los innovamos”. Por lo tanto, es un “hacer que constituye la identidad sexual, como parte de un proceso que articula sexo, deseo sexual y práctica sexual, y que deriva en actos performativos” (Butler 1990, citado en Lamas, 2000).

Las entrevistas se realizaron de forma online, considerando un espacio y momento que ofreciera seguridad, confianza, y que resguardara la privacidad de las personas. Durante las entrevistas se presentaron cuatro casos en que los/as participantes no se encontraban en tratamiento al momento de la entrevista. Al finalizar la entrevista estos casos recibieron información sobre los servicios de salud mental a los que podían solicitar atención. Todos los casos habían sido contactados previamente para asegurar que no se encontraban en situación de riesgo suicida inminente.

Toda la información proveniente de los/as participantes fue grabada únicamente en audio y en la memoria de la computadora personal de la investigadora, tomando en cuenta los principios de privacidad y confidencialidad. En las transcripciones de los discursos de los/as participantes se utilizaron códigos que sustituyeron todos los nombres y otra información que los pudiera identificar, toda la información es anónima.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterización de la muestra ([Ver tabla 1](#))

La muestra estuvo conformada por un total de 10 participantes, 9 personas cisgénero y una persona trans femenina. 5 personas se identificaron con el género femenino y 5 que con el género masculino. Las edades oscilaron entre los 18 y 22 años. Seis de los 10 participantes residían en la región Metropolitana de Santiago, 2 en comunas periféricas de Santiago, y 2 en otras regiones de Chile. Según las facultades a las que pertenecen los/as participantes, se contó con: 2 participantes del Instituto de comunicación e imagen, 1 de la Facultad de Ciencias, 1 de la Facultad de Artes, 2 de la Facultad de Medicina, 1 del Instituto de asuntos públicos, 1 de la Facultad de ciencias Químicas y Farmacéuticas, 1 de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, y 1 de la Facultad de Ciencias Sociales. Respecto al nivel socio económico, este fue determinado a través del método para definir y medir los niveles socioeconómicos en Chile “ESOMAR⁸”, dando como

⁸ Nivel Socioeconómico ESOMAR ([Anexo 4](#)): Es un método para definir y medir los niveles socioeconómicos en Chile. Basado en el sistema desarrollado originalmente por “World Association of Market Research” para países europeos, y adaptada a la realidad chilena a través de un estudio empírico. El nivel socioeconómico Esomar se basa en dos variables en dos variables: 1) nivel de educación alcanzado por el principal sostenedor del hogar; y 2) la categoría ocupacional del principal sostenedor del hogar. Ambas variables se combinan en una matriz de clasificación socio-económica (Adimark, 2000).

resultado del total de la muestra: 2 participantes de nivel socioeconómico medio bajo, 4 participantes de nivel socioeconómico medio y 4 participantes de nivel socioeconómico medio alto.

En relación al diagnóstico según lo reportado por los/as participantes, se identificó: 1 participante que presentaba depresión psicótica, 1 con trastorno de ansiedad generalizada, 5 con trastorno de ansiedad y depresión, 1 con trastorno de ansiedad y de personalidad, 1 con trastorno de personalidad, y 1 no contaba con ningún diagnóstico.

Respecto al tratamiento, 6 participantes refirieron que contaban con algún tipo de tratamiento sea: psiquiátrico, psicológico o neurológico, y 4 no contaban con ningún tratamiento. Y en cuanto al seguro de salud, 7 participantes refirieron que pertenecen al Fondo Nacional de Salud (FONASA), 2 a Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), y 1 no contaba con ningún seguro de salud.

Tabla 2: Características de la muestra

Entrevistado/a	Edad	Género	Lugar de residencia	Nivel socio-económico	Diagnóstico	Profesional	Previsión de Salud
E-1	18	M	Otra región	Medio	Depresión psicótica	Psiquiatra	Fonasa
E-2	17	F	Comuna periférica	Medio bajo	Trastorno de ansiedad generalizada	Neurólogo	Fonasa
E-3	22	M	Otra región	Medio	Sin diagnóstico	Ninguno	Fonasa
E-4	18	F	Comuna periférica	Medio	Ansiedad y depresión	Psiquiatra y psicólogo	Fonasa
E-5	19	M	Capital	Medio alto	Depresión recurrente	Psiquiatra	Isapre
E-6	19	F	Capital	Medio bajo	Trastorno ansioso depresivo y trastorno de personalidad clúster B	Psiquiatra y psicólogo	Fonasa
E-7	19	M	Capital	Medio alto	Ansiedad y depresión	Ninguno	Isapre

E-8	19	M	Capital	Medio alto	Trastorno de ansiedad y depresión	Ninguno	Ninguno
E-9	18	Trans. F	Capital	Medio	Depresión	Psiquiatra y psicólogo	Fonasa
E-10	19	F	Capital	Medio alto	Trastorno de personalidad límite	Ninguno	Fonasa

5.2. Presentación y análisis de resultados

Los resultados generados posterior al proceso de análisis orientado por el método de la Teoría Fundamentada y el análisis de contenido, mostró cómo el estigma de la enfermedad mental se configura como una barrera para la búsqueda de ayuda profesional. Estos resultados se focalizaron en la descripción de los factores a nivel individual, familiar y social que han influido en los/as jóvenes para tener una idea negativa o errónea hacia las enfermedades mentales. De igual forma, se realizó un análisis de las consecuencias que el estigma de la enfermedad mental ha tenido en la vida de las personas entrevistadas.

Para el análisis de los resultados se consideró dos momentos: 1) el proceso de *codificación abierta* en donde se generaron 307 códigos que correspondían a un nivel descriptivo, y que permitió realizar un acercamiento a la realidad de los/as participantes del estudio. 2) Posteriormente, se realizó una depuración de los códigos, transcurriendo a un nivel analítico, que permitió identificar algunas propiedades y dimensiones de los datos, teniendo como resultado 103 códigos, con los que se inició la *codificación Axial*⁹. En este segundo momento, se establecieron algunas relaciones entre los códigos existentes, a través de las cuales se obtuvieron algunas categorías y subcategorías, vinculadas a los objetivos específicos del estudio, que se detallan a continuación.

En este proceso se establecieron cinco grandes categorías: 1) Factores que influyen en la generación de estigma hacia la enfermedad mental; 2) Consecuencias del estigma de la

⁹ Codificación axial: proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías, denominado "axial" porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones (Strauss & Corbin, 2002).

enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda profesional; 3) Otras barreras para la búsqueda de ayuda profesional; 4) Factores que disminuyen el estigma de la enfermedad mental; y finalmente, 5) Propuestas para promover la superación del estigma de la enfermedad mental.

Las categorías tres y cuatro se incluyen en este estudio como categorías emergentes, es decir que surgieron en el proceso de recolección y análisis de la información y permitieron comprender el estado del fenómeno en el contexto actual. De tal manera que en la categoría tres se identificaron algunos acontecimientos sociales que han favorecido la disminución del estigma de enfermedad mental. Y en la categoría cuatro se encontraron otras barreras además del estigma con las que tienen que lidiar los/as jóvenes, y que complejizan aún más la búsqueda de ayuda profesional.

Para facilitar la lectura y comprensión de los resultados, al inicio de cada categoría se agrega un esquema con las subcategorías correspondientes a cada una.

5.2.1. Factores que influyen en la generación de estigma hacia la enfermedad mental

Esta categoría corresponde al primer objetivo específico de este estudio, que se orientó a describir los factores que han influido en esta población en la construcción del estigma de enfermedad mental a partir de la auto experiencia, el sistema familiar y el discurso social.

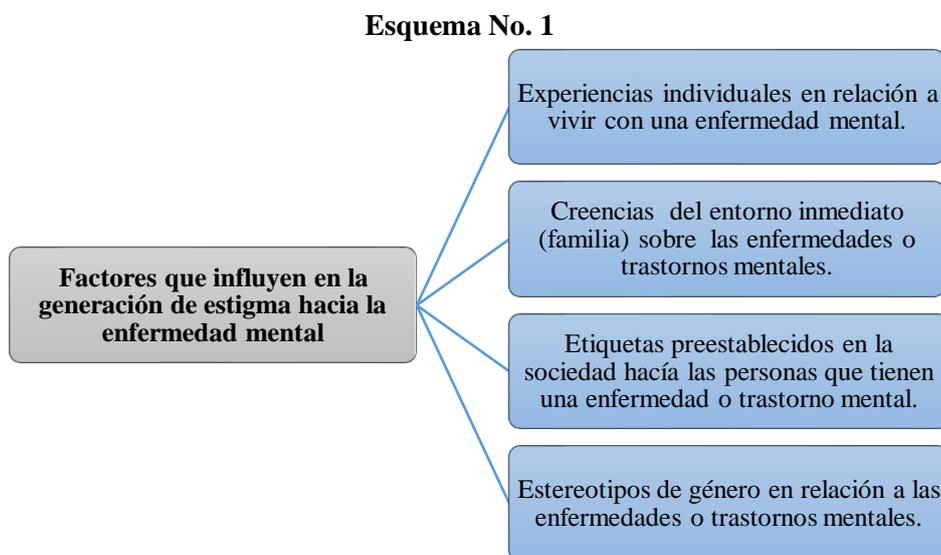
De acuerdo con lo recopilado en las entrevistas, algunos factores que influyen a que se configure el estigma hacia las enfermedades mentales se manifiestan en las siguientes subcategorías¹⁰: 1) Experiencias¹¹ individuales en relación a vivir con una enfermedad mental. 2) Creencias¹² del entorno inmediato (familia) sobre las enfermedades o

¹⁰ Si bien en la construcción social de la realidad las siguientes subcategorías operan en un continuo, de forma entrelazada, y se retroalimentan la una con la otra. En este estudio se realiza una diferenciación entre ellas, a fin de identificar cómo se van arraigando las prácticas que inician como experiencias individuales, para después convertirse en creencias compartidas desde del contexto inmediato (familia), y reforzarse a través de etiquetas que se ubican en el contexto social, y, además, están preestablecidas.

¹¹ La *experiencia* es el comienzo del conocimiento, no algo previo a él, de tal manera que el conocimiento empieza con la experiencia. La experiencia es siempre información ya elaborada, puesto que lo que experimentamos depende de manera decisiva de nuestras propias capacidades de intuir (la sensibilidad) y pensar (el entendimiento) (Amengual, 2018).

¹² Las *creencias* hacen referencia a las bases de la realidad interpersonal, es decir a las unidades esenciales de una realidad humana comprensible al grupo. Es una verdad subjetiva, una convicción, algo que el sujeto

trastornos mentales. 3) Etiquetas¹³ preestablecidas en la sociedad hacía las personas que tienen una enfermedad o trastorno mental. 4) Estereotipos de género en relación a las enfermedades o trastornos mentales.



Fuente: Elaboración propia

5.2.1.1. Experiencias individuales en relación a vivir con una enfermedad mental

A continuación, se presentan algunas citas que hacen alusión a las experiencias que los/as participantes han vivenciado en su práctica cotidiana, que han generado en ellos/as algunas ideas estigmatizantes hacia las enfermedades mentales o problemas de salud mental.

Los/as entrevistados/as manifestaron que la idea negativa que han ido construyendo sobre las enfermedades mentales partió de ciertas dificultades y limitaciones que enfrentaron a lo largo de su vida, y que en buena medida fueron generadas por la conducta que presentaban. Esto les llevó asociar a los problemas de salud mental con significados de

considera cierto, es decir, el sujeto no se relaciona con la realidad sino con la representación (mental) que se hace de ella (Díez, 2017).

¹³ La *etiqueta* desde la “teoría del etiquetado”, se fundamenta en que la desviación de la norma no iría aparejada al acto en sí mismo, sino a que la persona que lo efectúa pertenece a una minoría, y por lo tanto la mayoría social lo etiqueta automáticamente como negativo, porque consideran que se alejan de las normas comunes. La desviación de la norma no es una cualidad que se le pueda atribuir a la conducta, sino que viene dada por la mayoría social. Por lo tanto, una conducta desviada lo es porque así lo establece un grupo mayoritario respecto a la minoría que lo ejerce (F. A. Martin, 1975).

inutilidad, vergüenza, imposibilidad de tener una vida normal, o de que puede ser algo raro o negativo. Como se muestra en las siguientes citas:

...ha sido súper difícil como los últimos años de la adolescencia, sobre todo, poder como...tratar de tener una vida normal con estas enfermedades...me imposibilitaban mucho, en todos los sentidos (...) para mí tener estas enfermedades siempre fue como algo malo, vergonzoso(...) (F-18).

...yo me acuerdo que yo en la básica como que exploté, como que tuve un... yo me acuerdo el momento exacto en que yo sentí que... que algo así cambió en mi personalidad. Y... y yo nunca lo entendí, y yo no se lo dije a nadie, y yo no se lo pregunté a nadie, porque yo sentí que fue algo raro que a mí no más me pasó (F-19).

Además, algunos/as entrevistadas identificaron que estas experiencias difíciles que enfrentaron en su vida, fueron reforzadas con la interacción en el espacio escolar. Donde las personas que estaban a cargo, por lo general carecían de conocimientos necesarios para acompañar y sostener las expresiones de sufrimiento que los/as estudiantes presentaban. Ellos/as recuerdan que cuando tuvieron alguna dificultad emocional, los/as docentes les daban a entender que les hacía falta poner de parte, como si fuera algo que solo requería voluntad propia. Estas respuestas les exponían a que los/as estudiantes se sientan objeto de críticas, burlas o castigos, por lo que, a partir de estas experiencias desagradables asumieron también una idea estigmatizante sobre las enfermedades mentales.

...yo sufría en el colegio, porque... llorar mucho era porque estaba loca o... eh, o dormir mucho era porque era floja y todas esas cosas, eh... me hicieron a mí misma creer que era así, floja o loca por tener esas enfermedades...que era como de que me faltaba echarle ganas y todo eso... Incluso cuando yo lloraba o algo así, me decían como “ya, vaya a lavarse la cara y... y si quiere se retira”, no sé, pero... no le daban importancia, o incluso hasta ellos mismos me juzgaban, así como...o por ejemplo, cuando me dormía, me retaban y yo... no podía controlarlo, porque yo me sentía demasiado cansada, a pesar de que durmiera todo el día, entonces nunca me sentí apoyada, ni tampoco sentí que ellos estuvieran interesados en informarse (F-18).

Asimismo, una de las participantes manifestó que una experiencia que determinó el significado que ella tiene frente a las enfermedades mentales, fue cuando acudió a una profesional de salud mental y la respuesta que recibió sobre la situación que la joven presentaba se basó en juicios de valor que minimizaron su problemática, haciendo alusión a situaciones propias de la edad de la adolescente. Lo que conllevó que ella misma le

restara importancia a las dificultades por las que acudía a buscar ayuda; y, además, a que construyera o reforzara el significado de su malestar psíquico como “un show”.

...fui a una psicóloga, pero sentí que me juzgaba mucho como las cosas que yo le iba contando. Cuando yo le comenté lo que me pasaba como que casi me dijo... “ay, estai muy chica como pa preocuparte de esos temas, preocúpate de otras cosas”, como que yo sentí que de igual manera se minimizó las cosas que... que hasta el día de hoy me pesan...siento que igual es un tema que... que me marcó de cierta manera, como pensar que quizás los problemas mentales no eran importantes...no sé, era un show (F-19).

5.2.1.2. Creencias del entorno inmediato (familia) sobre las enfermedades o trastornos mentales

La investigación encontró que la construcción del estigma de la enfermedad mental en esta población, también está determinada por creencias preestablecidas y expresadas por su entorno inmediato, por lo general el familiar, que posteriormente son internalizadas y asumidas como propias por cada persona. En el contenido de las entrevistas, se pudo recoger algunos criterios e ideologías que operan alrededor de las enfermedades mentales en las familias de los/as entrevistados, y que promovieron y fortalecieron en los/as jóvenes creencias negativas sobre los problemas mentales.

Una creencia que una entrevistada encontró a nivel familiar, es pensar que la manifestación de los síntomas de un problema mental es algo que se puede contagiar. Esto además de tener un componente despectivo, hacía que sus cuidadores influyan para que la joven perciba a los problemas mentales como algo negativo o malo y limite sus relaciones con estas personas, promoviendo actitudes negativas como el “poner límites”.

...yo había empezado hace par de meses con crisis de pánico...tenía que tratarme (...) y se lo planteé a mis... a mis papás, pero... la primera reacción de... por lo menos yo me acuerdo la de mi mamá, era como casi de que, estoy en un colegio donde se dan mucho las crisis de pánico, casi es una enfermedad que se me va a pegar, como que... asumió que se me pegó casi, y que era casi que mi culpa porque yo misma debía poner límites con esas personas, eso me llevó a pensar en que los problemas mentales eran algo muy malo (...) (F-19).

Además, los/as participantes identificaron que la construcción del estigma de la enfermedad mental también surgió en la interacción con el entorno donde se desarrollaron, en el que identificaron expresiones de rechazo por desconocimiento, que provocaron acciones discriminatorias y de minusvaloración. Lo que generó que los/as

participantes asocian a las enfermedades mentales con significados negativos especialmente relacionados con “locura”.

Asimismo, en la narrativa de un entrevistado se pudo apreciar que el estigma de enfermedad mental no se construye únicamente cuando la persona es etiquetada directamente, sino también, cuando se le da una cualificación negativa a alguien de su entorno por su forma de comportarse, lo que lleva a las personas a sentirse identificadas e incorporar estas ideas a sus propios significados.

“...mi hermano tiene una ex polola, ella tenía un problema mental, y... mi mamá como la trataba de loca...una vez la trató de loca delante de mí, sabiendo que yo también tengo un problema de salud mental y como que yo dije ¿entonces yo también soy loco?” (M-18).

Todas estas creencias expresadas e identificadas por los/as jóvenes, se relacionan con prejuicios y acciones discriminatorias que tienen una repercusión importante, tanto en la construcción negativa del significado de las enfermedades o problemas mentales a nivel personal y social, como en el acceso a la búsqueda de ayuda profesional.

5.2.1.3. Etiquetas preestablecidas en la sociedad hacia las personas que tienen una enfermedad o trastorno mental

La enfermedad mental lleva consigo una imagen preestablecida sobre las características que pueden tener estas personas, en donde predominan etiquetas o estereotipos cargados de atributos negativos, como: esquizofrénico, psicoseado, loco, trastornado, demente, etc., que desacreditan a las personas y, además, invalidan su sufrimiento mental.

...uno tira el típico chiste “ah, estai loco”, “ah, andai trastornado”, pero que en el fondo igual va como con un estigma porque uno por tratar de pedir ayuda no es necesariamente que uno esté loco o que esté trastornado, (...) pero... se estigmatiza al tiro que si uno pide ayuda está loco... aunque sea en buena onda, esos comentarios terminan afectando porque a la larga uno cree que es así (F-17).

Asimismo, los/as entrevistados/as identificaron que su condición particular relacionada con algún problema de salud mental generó en las otras personas respuestas de discriminación o de distanciamiento, pues existe la percepción de que una persona con una enfermedad mental es diferente, rara o que puede ser peligrosa.

...una persona con un problema mental puede tener ciertas cosas distintas, pero no... no, no es un bicho raro como piensan que...o alguien que se vaya a matar (...) o le ven como peligrosa. Es solo alguien que tiene ciertas enfermedades o

ciertas patologías no... no es algo que, que vaya mucho más allá, pero la gente no entiende así, lo ve siempre del lado negativo y eso es perjudicial... (M-19).

En consecuencia, las narrativas de los/as jóvenes concordaron en que las respuestas o reacciones negativas a nivel social ante las enfermedades mentales, se ven fuertemente reforzadas por los estereotipos o imágenes preestablecidas, tanto de las personas con una enfermedad mental, como de la enfermedad en sí misma. Generando respuestas que invalidan y menosprecian las expresiones de sufrimiento mental, como se muestra en las siguientes citas:

“una tontera, una estupidez, que es solo una etapa, que...es gente débil o gente que no puede con el estrés...” (M-19).

“como “ah, ya, estás exagerando, ah, ya, no es para tanto”, (...) “ah, ya, es una etapa” (...) estai haciendo puro show” (F-17).

5.2.1.4. Estereotipos de género en relación a las enfermedades o trastornos mentales

En las narrativas de los/as participantes se pudo identificar que, los síntomas que producen las enfermedades o trastornos mentales, cuando se relacionan con los estereotipos de género se configuran de forma negativa. Además, de que socialmente se minimiza el malestar emocional de las personas, atribuyendo la manifestación de los síntomas a su ser de hombres o mujeres, descartando la posibilidad de que sentirse mal a nivel emocional puede estar relacionado con un problema o enfermedad mental y no con el género que se identifican.

Al respecto, los/as jóvenes manifestaron que cuando expresaron su malestar emocional recibieron respuestas a nivel social, como: “estas en tus días”, “es por la regla”, “son las hormonas”, “eres histérica”; en el caso de las mujeres, y en el caso de los hombres, con frases como: “los hombres son fuertes”, “los hombres no lloran”.

...por ser mujer, igual está esto como de que si uno está triste “ay, es por la regla”, o “ay es porque... no sé, es histérica”, o no sé, no sé, “está estresada, loca”, como que siento que no se le toma el peso real a las enfermedades o problemas mentales cuando uno es mujer... (F-18).

(...) los hombres igual, por la estigmatización de que ah, son machos y no pueden pedir ayuda y no pueden llorar y no pueden sentirse mal, y que siempre tienen que ser fuertes, entonces, eso mismo que se les enseña de niños, ellos lo creen...Entonces creo que tanto para los hombres como para las mujeres hay

traumas o no sé, he...como problemas o estigma...no sé, con los que uno crece... (F-18).

Por lo tanto, la expresión del malestar producida por una enfermedad o problema mental puede ser deslegitimada por la influencia de los estereotipos de género, que, además, refuerzan la idea errónea de que existe una relación entre la enfermedad mental y la locura. Como se identifica en las citas anteriores, un tema particular relacionado con las mujeres es la calificación de locas o histéricas. A partir de esta connotación, cuando una mujer expresa su malestar psíquico éste no es validado o se le resta importancia, porque se asume como un rasgo intrínseco derivado de su condición de mujer.

...en mi caso, ha habido algunas cosas, así como esto de que “ah, no estai loca”, o cosas así y que yo he sentido que es por ser mujer, porque... a mí me empezaron a decir que yo estaba loca...no es algo a lo que se le da importancia y muchas veces se... se hacen prejuicios respecto a las personas cuando... están sufriendo una depresión o cuadros de estrés, todo eso, se tacha de locas o histéricas...y claro po uno cree que es así” (F-18).

A pesar de que los estereotipos de género afectan y se identifican en ambos géneros, la mayoría de jóvenes concuerdan en que se puede evidenciar mayor estigma hacia las enfermedades o problemas mentales en los hombres, sobre todo de anteriores generaciones como la de sus padres, situación que se ilustra en la siguiente cita:

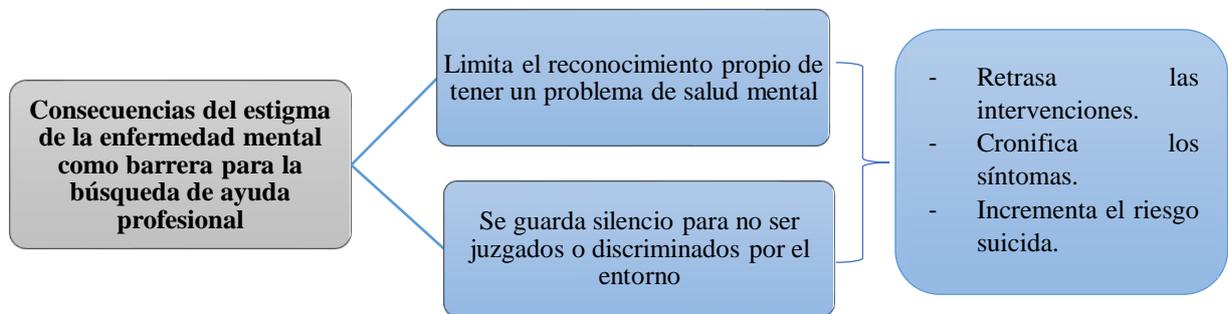
...viendo a mi papá me doy cuenta al segundo que... que sí, si afecta, porque si bien él ya es de una generación pasada, lo puedo tomar como una referencia a que... a que también... los hombres tienen un... o sea, el género masculino tiene un prejuicio más grande hacia la... la expresión de las emociones y de la salud mental...pasa más en hombres que en mujeres(...) (M-19).

5.2.2. Consecuencias del estigma de la enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda profesional

Con base en los factores descritos en la primera categoría que influyen en la conformación del estigma hacia la enfermedad mental, en este apartado se analizó las consecuencias que el estigma genera hasta convertirse en una barrera para la búsqueda de ayuda profesional. Para la elaboración de los resultados se tomó en cuenta las variables de género y nivel socioeconómico, con el fin de responder al segundo objetivo de este estudio.

En el siguiente diagrama se muestran las tres subcategorías que se identificaron en los resultados; como consecuencias derivadas del estigma hacia los trastornos o enfermedades mentales.

Esquema No. 2



Fuente: Elaboración propia

5.2.2.1. Limita el reconocimiento propio de tener un problema de salud mental

Algunos/as jóvenes entrevistados/as reconocieron que a pesar de que presentaron las primeras manifestaciones de malestar emocional o mental durante la infancia, apenas en la adolescencia o algunos en la juventud pudieron identificarlo como un problema de salud mental y buscar ayuda profesional. Esta dificultad para reconocer a tiempo la atribuyen, sobre todo, a las creencias o significados alrededor de los problemas mentales a nivel familiar y social, y a la minimización y normalización de los síntomas. Dado que, las manifestaciones que presentaban eran catalogadas como algo pasajero, sin importancia, como algo negativo para sus vidas o como algo de lo que simplemente no se hablaba.

Tengo un trastorno de ansiedad generalizada desde chica...Nunca me traté, recién a los 18 años vine como a entre comillas a pedir ayuda. El no poder reconocer, o sentir que es algo que no está bien, ha hecho que me lo guardé (...) Desde pequeña yo era como... “ah, ya, es una etapa” ...a medida que... fui presentando como más intensamente estos signos, me di cuenta que no es una exageración, entonces...yo misma minimizaba lo que me pasaba, así como “no, es una etapa, vas a salir de aquí” ...y no pude sola... (F-17).

Las expresiones anteriores reflejan la presencia de ideas negativas o de ciertas resistencias individuales, familiares o sociales, que durante todo el tiempo del malestar psíquico

dificultó poder reconocer la presencia de un problema o trastorno mental en sí mismos. Esto repercutió en la decisión de los/as jóvenes y sus familias en buscar ayuda profesional oportuna, provocando un retraso en las posibles intervenciones terapéuticas, y por consiguiente generando que los síntomas del problema mental se agudicen.

5.2.2.2. Se guarda silencio para no ser juzgados o discriminados por el entorno

Una de las entrevistadas reconoció que la vergüenza frente a como se sentía a nivel emocional, le limitó acceder a los espacios de salud mental que ofrecía su establecimiento educativo. Además, esto fue reforzado por su contexto familiar donde los problemas mentales eran un “tabú”, lo que llevó a deslegitimar y no dar lugar a la expresión de malestar manifestado por la joven, a través de las crisis de pánico. Estas circunstancias provocaron que se ponga en último lugar la posibilidad de buscar ayuda profesional, retrasando el acceso a intervenciones que podrían haber sido útiles para evitar el agravamiento del estado emocional.

...en tercero medio, más o menos, eh... empecé yo con crisis de pánico...yo no quise asistir al psicólogo de liceo, porque ya había mucha gente que asistía, me daba como, no sé, como decirlo, eh...tal vez vergüenza (...) Igual como que fue un tabú yo siento dentro de mi familia esto de los problemas mentales, algo que no se hablaba, porque me daban crisis e intentaban irse por la medicina natural, como que la última opción que tenían era asistir algún lugar de salud mental... (F-19).

Así también, frases, como: “no es para tanto”, “estás haciendo puro show”, “solo quieres llamar la atención”, son juicios reiterativos que los familiares cercanos a los/as jóvenes expresaban respecto a los problemas emocionales que presentaban, estas respuestas en gran medida invalidaron y minimizaron lo que los/as entrevistados sentían, por lo que, preferían quedarse en silencio.

...tampoco accedía mucho a pedir ayuda, aparte que igual da como un poco de... de cosa, no sé, vergüenza, porque a veces igual piensan (...) como “ah, ya, estás exagerando, ah, ya, no es para tanto”, (...) “ah, ya, es una etapa” (...) estai haciendo puro show” (F-17).

Por otro lado, los/as jóvenes identificaron que las reacciones o respuestas negativas por parte del entorno, a partir de la imagen que se construye sobre una persona con una enfermedad mental, a veces, sin ni si quiera conocerla, si no, por desconocimiento y desinformación, generan juicios de discriminación y exclusión, incluso perciben que

socialmente las personas con una enfermedad mental pueden ser aisladas de forma violenta.

...generalmente no tener como noción de este tipo de cosas, hace que uno sea muy cruel con las personas que padecen eh... enfermedades mentales. Porque ...se le juzga como por vago, débil, loca, inestable...y la gente como que más que considerarlo como lo que es, lo aíslan, pero de un aislamiento como violento (...) así uno no piensa en pedir ayuda...(M-22).

Concretamente, uno de los entrevistados también manifestó que, la creencia que asocia la locura con las enfermedades mentales, y el desconocimiento sobre las conductas o comportamientos que pueden generar estas, causan discriminación. Lo que puede convertirse en una limitante para buscar y acceder a ayuda profesional. Obligando a las personas a hacer a un pacto de silencio sobre su malestar.

(...) la mayoría de la gente no cree, asocia como enfermedades de salud mental con locura como... cosas que ven en películas. Eh... eso dificulta la búsqueda de ayuda (...) y por eso las personas prefieren no decir, ocultar (M-18).

Por lo tanto, las personas con trastornos mentales se enfrentan en su vida cotidiana a una doble dificultad. Por un lado, experimentan los síntomas propios de su trastorno; y, por otro lado, deben hacer frente a los efectos del estigma social que les ubica como personas “vagas”, “débiles” o “locas”. Todo esto provoca que las personas no busquen ayuda profesional y opten por ocultar o pasar por alto el malestar emocional que sienten quedándose en silencio.

En conclusión, los/as jóvenes coinciden en que el estigma de la enfermedad mental a nivel individual, familiar y social, ha tenido una repercusión importante en el desarrollo de su vida, porque la dificultad para reconocer el problema de salud mental en sí mismos, o la tendencia a guardar silencio para no sentirse discriminados, provocó que la búsqueda de ayuda se postergue durante muchos años, y el apoyo profesional se dé cuando se sentían al “límite”, es decir cuando presentaron otros agravantes que deterioraron más su salud mental.

Así, en el plano personal, los/as participantes mencionaron que les costó mucho percibir la necesidad de buscar ayuda profesional por problemas emocionales, por lo que el problema escaló a síntomas más graves que incluso los llevó a experimentar ideación suicida.

...mi mentalidad era como demasiado alejada del sentido de buscar ayuda por problemas emocionales (...) me di cuenta ahora que necesitaba ayuda, porque como que este año...fue mucho más horrible (...) tuve insinuación suicida (M-18).

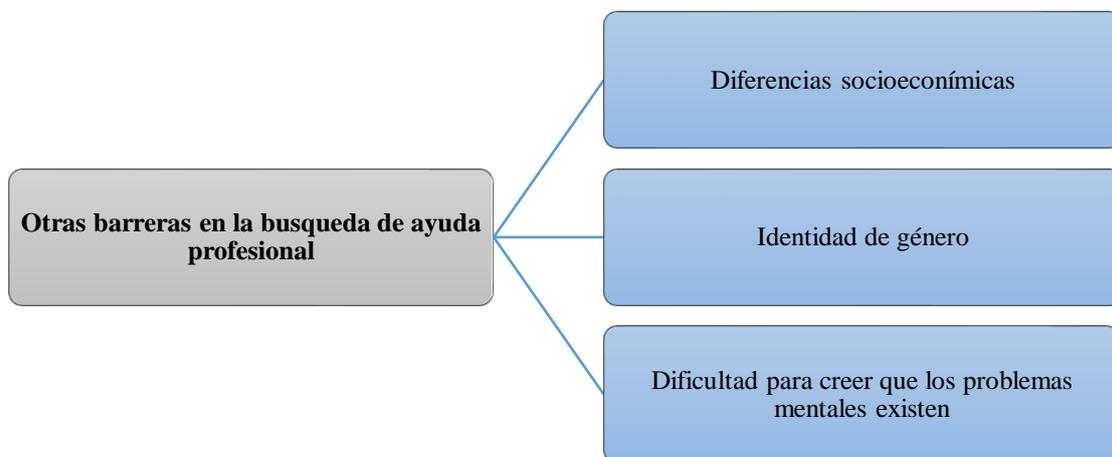
Además, reconocieron que la etiqueta negativa que socialmente se ha colocado en los problemas mentales, la tendencia a subestimarlos o minimizarlos; y las actitudes discriminatorias, se convirtieron también en una barrera que retrasa o limita el acceso a ayuda profesional, y, además, puede agravar los síntomas e incrementar el riesgo suicida. Lo anterior se constituye en una dificultad añadida en la vida de las personas. Como se muestra en la siguiente cita.

...la gente en general ve los problemas de salud mental de forma negativa por un lado y luego...como... una etapa corta, de sentirse triste, sentirse bajoneado. Cuando... en verdad no le toman el peso que puede ser algo muy peligroso y que, si no se maneja bien, puede incluso yo creo llevar a... un suicidio (...) Pero la gente en general no le toma el peso. Como que dice “ah, está depresivo”, o “ah, tiene depresión”, pero lo dicen como de manera despectiva, esto hace que sea más difícil buscar ayuda... (M-19).

5.2.3. *Otras barreras para la búsqueda de ayuda profesional*

En este apartado se describen los resultados de una de las categorías emergentes, donde se identifican dos subcategorías que describen otras barreras que los/as participantes reconocen que han complejizado el proceso para acceder y buscar ayuda profesional, además, del estigma hacia la enfermedad mental.

Esquema No. 3



Fuente: Elaboración propia

5.2.3.1. Diferencias socioeconómicas

En relación con las diferencias socioeconómicas, en el discurso de los/as entrevistados/as no se evidenció de forma específica fundamentos que reflejen que el estrato socioeconómico al que pertenecen haya sido un factor que influyó en la construcción del estigma de la enfermedad mental¹⁴.

Sin embargo, se encontró una estrecha relación entre el nivel socioeconómico y el acceso a la búsqueda de ayuda profesional, en donde los/as participantes sobre todo de los niveles socioeconómico medio y medio bajo, mencionaron algunas barreras estructurales que encontraron en su proceso de búsqueda de ayuda profesional, como: el lugar de residencia, las listas de espera en el servicio público, los costos de la consulta en el servicio privado, así como, la falta de profesionales en sectores rurales. Factores que también se han constituido como limitantes para acceder a ayuda profesional.

...a mí me tocó lo público por cuestión de plata...los tiempos de espera como para que te den una hora son infinitas...cuando me tocó como ingresarme en el sistema de salud público, para atención psiquiátrica estuve uf... como 2 meses en lista de espera...y eso, que yo tenía síntomas de insinuación suicida (M-18).

...vivo en un sector rural, hay muy pocos psicólogos, pocos psiquiatras, y como te contaba, son muy caros, y para ir a Santiago significa un costo extra en movilización, entonces, difícilmente se podía acceder alguna ayuda acá... (F-17).

5.2.3.2. Identidad de género

Los/as estudiantes reconocieron que también el género con el que se identifican puede influenciar en la búsqueda de ayuda profesional. Por lo tanto, mencionaron que los hombres pueden tener mayor dificultad para manifestar su necesidad de ayuda hacia sus cercanos, y mucho más para acceder a ayuda profesional, porque socialmente se les limita la expresión o demostración de sus emociones o sentimientos, lo que dificulta la posibilidad de reconocer la presencia de algún problema de salud mental, y mucho menos poder expresarlo porque pone en cuestionamiento su masculinidad. Estos hechos se reflejaron en el discurso de una estudiante transfemenina que tuvo la experiencia de haber

¹⁴ Es importante tomar en cuenta que, en la población de estudio, si bien se identifican diferentes estratos socioeconómicos, existen elementos que podrían de algún modo homogenizar la muestra, esto porque todos/as los/as participantes son estudiantes universitarios y la mayoría de la población se encuentra en un estrato socioeconómico que varía entre medio y medio alto.

sido criada bajo parámetros masculinos, donde en su familia, cuando ella expresaba alguna molestia o sufrimiento le cuestionaban con frases como: “ah, que erís niñita, que erís...mujercita”. Esto se sostiene en la siguiente narrativa:

Yo siento que a los hombres les cuesta más pedir ayuda...por ese estigma que tienen de, eh...o sea a mí me criaron como hombre entonces entiendo que es un drama, entiendo que es como el aguantarse la pena, o el no mostrar...no mostrar pena, o mostrar que uno está mal, pero como tampoco mostrar afecto... (TF-18).

Además, la misma participante identificó que el estigma familiar y social hacia su identidad de género, transgénero, invalidó el problema que presentaba a nivel emocional, limitando a que su problema de salud mental sea validado por su contexto familiar y por los profesionales de salud mental, lo que se convirtió en un motivo para no volver a buscar ayuda profesional, y resolverlo por cuenta propia, lo que deterioró su salud mental y aumentó el riesgo de suicidio.

...yo peleaba con mi mamá, como para que me llevara donde una psicóloga por me sentía mal y ella no quería. Cuando mi mamá me llevo donde un psiquiatra, su único objetivo era disuadirme de la idea de que era transgénero, y, obvio lo que yo sentía. Entonces eso no, eso no quitaba lo que sentía igual. Entonces deje de tomar antidepresivos, y trate de hacer algo por mi cuenta, y también fue para mí un acto de fuerza de voluntad, de decir, como ya voy a tratar de estar bien y voy a buscar estar bien por mi cuenta, y no busque más ayuda. (...) y en algún momento como que me sentía muy mal, tenía muchas ganas de morirme ... (TF-18).

5.2.3.3. Dificultad para creer que los problemas mentales existen

Otra situación que los/as jóvenes identificaron como una barrera para buscar ayuda profesional, es la dificultad para creer tanto a nivel personal y social, que los problemas mentales son dificultades reales, que si bien, esta idea no está relacionada al estigma, sí genera que se normalice o se minimice las manifestaciones de la enfermedad o trastorno mental, bajo el supuesto de que, es solo “una etapa o un mal momento”, o que lo desencadenó algún factor específico, como por ejemplo “terminó con el pololo”. Estas situaciones pueden restar importancia a los síntomas de la enfermedad mental, sobre todo cuando se trata de trastornos depresivos o ansiosos que suelen considerarse menos importantes o de menor gravedad.

...yo misma me minimizaba a mí misma, así como “no, es una etapa, vas a salir de aquí”, como si fuera solo una cosa de ponerle ganas...y eso se prolongó meses y no me daba cuenta que no estaba bien sentirme así... (F-17).

...bueno por lo general aquí se ve harto el tema de que, claro, se minimiza y se dice “no, solo está triste” “ya le ha de pasar”, o está pasando un mal momento, no sé, terminó con el pololo o peleó con el amigo, etcétera... como que siempre hay una excusa para justificar y no creer que puede estar pasando algo más... (F-17).

Adicionalmente, en la siguiente cita, se puede identificar; que, si al malestar psíquico no se le otorga un diagnóstico, entonces la persona puede ser considerada sana y normal, a pesar de que su estado le provoque sufrimiento. Dicha situación se justifica con la idea de que es parte de la “nueva normalidad, de la vida globalizada”, de estrés propio de la vida moderna, situaciones que limitan también la búsqueda de ayuda profesional.

...mucha gente si fuera a un psicólogo siento que sería diagnosticado como con un trastorno de ansiedad, y siento que hay una diferencia tan enorme con eso, porque si una persona ansiosa hasta a lo mejor se le cae el pelo pero nunca ha sido diagnosticada, entonces, para esa persona sigue siendo sana, sigue siendo normal, (...) pero a nivel social es como algo generalizado, así como... como una ansiedad junto al estrés como que es la nueva normalidad de este siglo, así como de la vida globalizada (TF-18).

A pesar de que los/as jóvenes tienen otra perspectiva sobre los trastornos o enfermedades mentales y le brindan mayor importancia, identificaron que las generaciones de personas mayores aún se mantienen sesgados por sus creencias y experiencias anteriores, por lo que, les cuesta creer que las personas pueden tener problemas también a nivel mental. Entonces sucede que en muchas ocasiones son los padres quienes transmiten una idea errónea y negativa acerca de los trastornos o problemas mentales a sus hijos/as, lo que fortalece la barrera en el acceso a la búsqueda de ayuda profesional.

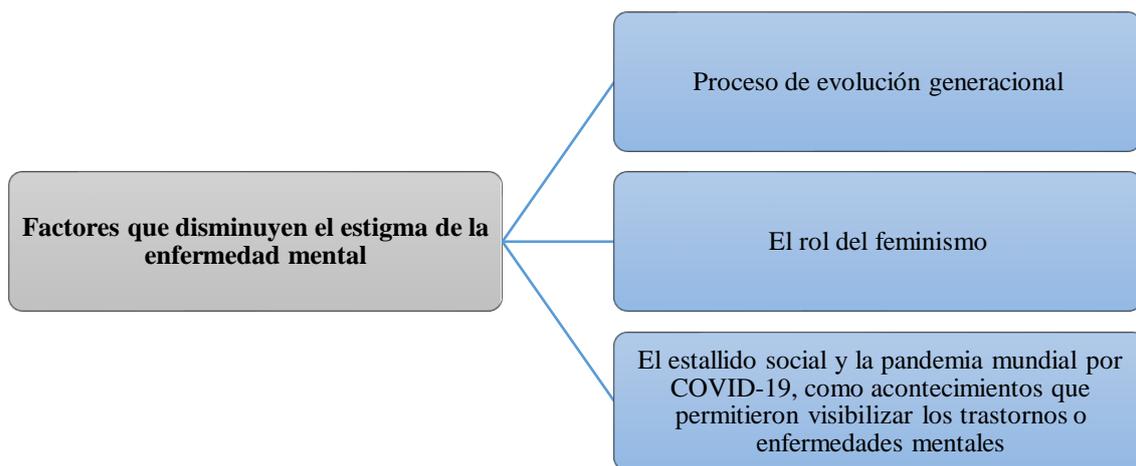
Por lo tanto, los/as jóvenes identificaron que en la época de sus padres el prejuicio hacia las enfermedades mentales era “demasiado grande” razón por la cual, se ignoraba cualquier manifestación relacionada a los problemas mentales, al punto de denigrarla, y limitar la posibilidad de buscar ayuda profesional.

Yo creo que antes las enfermedades mentales se trataban, así como de hacer una... eh... una invisibilización (...) en la generación antigua, creo que hay un prejuicio más o menos importante y bien errático con respecto a las enfermedades mentales, mi papá por ejemplo lo omite, como que no existe, como si fuera... alguna tontera... lo omite totalmente, así como que es algo que no existe, creo que es incluso hasta como... denigrarlo o despreciarlo un poco (M-19).

5.2.4. Factores que disminuyen el estigma de la enfermedad mental

Este apartado se orientó a realizar una lectura comparativa de las percepciones que tienen los/as jóvenes en la actualidad acerca de los problemas mentales, frente a las percepciones que tiene la generación adulta, a fin de visualizar los cambios en la significación sobre ellas. Además, se identificaron circunstancias y relaciones socioculturales y sociopolíticas, que de manera indirecta han favorecido en la lucha contra el estigma hacia las enfermedades o trastornos mentales.

Esquema No. 4



Fuente: Elaboración propia

5.2.4.1. Proceso de evolución generacional

Algunas de las siguientes citas permitieron evidenciar la evolución generacional que ha tenido el estigma hacia la enfermedad mental, en diferentes contextos relacionales en los que se han desarrollado los/as jóvenes.

A continuación, las narraciones muestran el reconocimiento que la mayoría de los/as jóvenes hacen respecto al nivel de prejuicio que existía en la época de sus padres, en relación a la actualidad.

En las nuevas generaciones, los/as jóvenes coinciden que se puede abordar el tema de los trastornos o enfermedades mentales de manera más abierta, porque tienen mayor acceso a información inmediata a través de las redes sociales como Instagram, donde se comparte contenidos de educación sobre el tema, además, de alternativas de servicios de ayuda

profesional. Esto genera menor resistencia en la búsqueda de ayuda, y, por lo tanto, menor prejuicio a nivel social.

Ah, bueno, yo creo que... eh, igual es un tema muy tabú, que... normalmente por ejemplo en mi casa no se hablaba, como que... como que yo fui la que tuve que poner el tema en su momento (F-19).

...yo siento que eh antes en la época de mis papás...eh era como ir al psicólogo era como de decirlo casi que susurrando. Y ahora una de las, de las varias cosas que me gustan de mi generación es que, es mucho más, es mucho más abierto el tema de los problemas o enfermedades mentales, como, no sé, hay continuamente en Instagram infografías sobre esto... (F-19).

Por otro lado, todos/as los/as jóvenes reconocen que el contexto universitario ha sido un espacio privilegiado, porque han tenido mayor acercamiento al tema de los problemas de salud mental, tanto en espacios de socialización con sus pares, como en espacios formales de las aulas de clase con sus profesores. A pesar de que, generacionalmente son de otra época, identifican que algunos profesores tienen menor estigma y resistencia para hablar y comprender el tema.

...con mi grupito que tuve eh... en la facultad de filosofía pude acercarme a los problemas de salud mental como más, no sé, de una manera como sana, como respetuosa, porque hasta los profes eran como súper eh...como muy... llegaban, abordaban el tema de una manera como muy cercana y con humor, igual es como una experiencia súper privilegiada porque gracias a la universidad como que me... me puedo... o sea, tuve como esa experiencia (M-22).

A pesar de aquello, una de las jóvenes entrevistadas identifica desde su experiencia en la universidad, que, si bien en la generación de juvenil hay mayor disposición para hablar y visibilizar los problemas o trastornos mentales a nivel grupal, aún están atravesados por cierto grado de estigma que les genera vergüenza para reconocer y expresar el malestar psíquico a nivel individual, situación que se expone en la siguiente narrativa:

...yo siento que, para nuestra generación, aunque queramos que no sea así, sigue siendo un tema tabú. Por ejemplo, ahora en la universidad, no sé, se hace un catastro de salud mental, después nos juntamos en la asamblea a ver los resultados y como que nadie habla, nadie dice nada y como que... como que la encuesta dice que todos estamos mal, pero cuando llega el momento de hablarlo, como que yo siento que a todos igual de cierta manera les avergüenza. Entonces, yo creo que ahora hay más disposición a hablarlo, pero quizás no a hablar de uno mismo. Yo creo que por ahí va como la diferencia, como hablar de los problemas de salud mental en general (F-19).

En conclusión, los resultados mostraron que en la actualidad se puede percibir una disminución en la estigmatización hacia los trastornos o enfermedades mentales, esto como resultado de: 1) el paso del tiempo y la oportunidad de contar con mayores y mejores medios para informarse; y, 2) la posibilidad de acceder a una educación superior; que, a pesar de las limitaciones de acceso a los servicios de salud mental, permiten validar el malestar psíquico y poder tratarlo. Lo que ha posibilitado a nivel social, tener mayor conciencia de su existencia, visibilizarlo, e interesarse por contar con mayor acceso a información.

5.2.4.2. El rol del feminismo

Respecto al rol del feminismo y sus efectos sobre el estigma de los problemas o trastornos mentales, se identificó en el discurso de uno de los participantes que desde su experiencia percibe el movimiento feminista como un espacio que no ha favorecido solo a las personas que se identifican con el género femenino, sino, a todas las personas, pero sobre todo aquellas que se identifican con el género masculino. De acuerdo con la persona entrevistada, el feminismo ha propiciado reflexiones en torno a la concesión de mayor libertad de expresión emocional, rompiendo estereotipos de género que cuestionan la masculinidad cuando las personas intentan expresar emociones relacionadas con el sufrimiento o malestar psíquico. En este sentido, podría considerarse que el movimiento feminista ha materializado la posibilidad de construir una sociedad libre de estereotipos y prejuicios que refuerzan el estigma.

...el género masculino tiene un prejuicio hacia la... la expresión de las emociones y de la salud mental... el primer estigma o prejuicio grande que hay es un... un tema de la debilidad de la persona...entonces, el feminismo igual ha ayudado mucho a impulsarnos, a hablar sobre salud mental, a impulsarnos a hablar sobre cómo nos sentimos, sin...que se nos juzguen (M-19).

Además, cuatro de las cinco jóvenes entrevistadas, coincidieron que el movimiento feminista ha significado en la vida de ellas una red de apoyo importante, donde todas cumplen el rol de protegerse y sostenerse. Las entrevistadas reconocen que este espacio les ha permitido comprender que su malestar emocional o psíquico no es un problema individual, sino que hay otras mujeres que se encuentran en la misma situación, lo que les ha facilitado poder expresarlo, reconocerlo y hablarlo con mayor libertad.

Yo pertenezco como a varias redes feministas, aquí donde vivo, eh... tenemos un grupo y nos damos mucho apoyo a todas, por ejemplo, si alguien está mal

preguntamos si alguien la puede ir a buscar y así constantemente, han sido como redes bastante...funcionales. Uno se puede dar cuenta que los problemas que, que a veces una mujer tiene, eh... son no solo los míos, sino también pueden ser los problemas de la de al lado. Hablarlos quizás con... con alguien que vive estos problemas, eh...es mucho mejor... (F-19)

Además, las mismas mujeres afirmaron que este espacio ha sido una motivación para buscar ayuda profesional, como una forma de liberarse de creencias erróneas o negativas sobre el malestar psíquico, y de estereotipos de género con los que han crecido a lo largo de su vida, que no les permitían reconocer la presencia de un trastorno o enfermedad mental. Por otra parte, reconocieron que el movimiento feminista ha favorecido y motivado a hablar con mayor libertad sobre los problemas emocionales y mentales.

...a nivel de salud mental, nos ha permitido querernos poh, al final como el buscar un tratamiento, cosas así, eh, yo creo que igual es una manera de... de emanciparse de las ideas que te... que te... que te ponen en la cabeza desde que uno es chico, como que siempre una mujer tiende a ser sensible, pero a veces esta sensibilidad que tanto tienen las mujeres, es un problema de salud mental. Entonces como que...siento que el feminismo igual ha ayudado mucho a impulsarnos a hablar sobre salud mental, a impulsarnos a hablar sobre cómo nos sentimos, sin...que se nos juzguen (F-19).

5.2.4.3. Estallido social y pandemia mundial por COVID-19, acontecimientos que permitieron visibilizar los trastornos o enfermedades mentales

En las siguientes citas se recogieron algunas narrativas de los/as jóvenes que hacían referencia a dos momentos históricos, el estallido social y pandemia mundial por COVID-19, que si bien han sido circunstancias de crisis, también se han vivenciado como espacios de resistencia que pusieron en evidencia la salud mental de la población chilena.

Algunos/as jóvenes entrevistados/as reconocieron que el estallido social fue un espacio de encuentro y manifestación, que les permitió sentirse identificados con la realidad de las otras personas, poner en común el malestar y sufrimiento colectivo, e identificar que no son los/as únicos/as.

El estallido social, fue como... por lo menos para mí, igual liberante, porque se dieron a conocer muchas problemáticas de salud mental que uno pensaba que uno solo las tenía y... finalmente uno se dio cuenta que no era uno no más, sino que el resto del mundo también las tenían y también se generó como un ambiente muy genial, de mucho compañerismo, apañe y sororidad por así decirlo... (F-17).

También coincidieron, en que el estallido social permitió visibilizar la problemática del malestar psíquico y motivó a ponerlo en debate como punto importante para la nueva Constitución. De igual manera, abrió espacio a que la gente se cuestione acerca de su propia salud mental, posibilitando que el ámbito de la salud y enfermedad mental sea algo que se visibilice y se trate como un tema importante y legítimo; así como normalizando la opción de buscar ayuda profesional con menos prejuicios.

...la pandemia visibilizó mucho más los problemas de salud mental...se tomó como un tema relevante para la nueva Constitución...En el estallido, salió mucho el debate de la salud mental (F-19).

...yo creo que la pandemia de alguna manera abrió las puertas a que se tocaran estos temas y a que las personas mismas se cuestionaran sobre su salud mental, y que, si tuvieran algún problema, lo comunicaran, que se empezaran a tratar, yo creo que fue como un gran avance (M-19).

Por otro lado, los/as jóvenes manifestaron que la pandemia mundial fue un acontecimiento que consolidó las nuevas perspectivas acerca de la salud y enfermedad mental, ya que abrió mucho más el espacio para tomar conciencia de su existencia, y la importancia de tratarla, lo que puede considerarse como un factor que a futuro favorezca la disminución del estigma. Por ejemplo, uno de los participantes mencionó que, por efecto de la pandemia, la Municipalidad de su ciudad generó propuestas a nivel local que incluían el tema de la salud mental.

...siento que hace muy poco como que se está dando ese espacio de...de tener conciencia de que existe la salud mental y de que se puede tratar. De hecho, ayer, cuando...o sea, estaba escuchando la radio y...había un anuncio de la Municipalidad de mi ciudad que era como... como un proyecto que hicieron, eh, ahora con todo este asunto de la pandemia. Y...una de las aristas de esta campaña era como eso, de la salud mental (M-22).

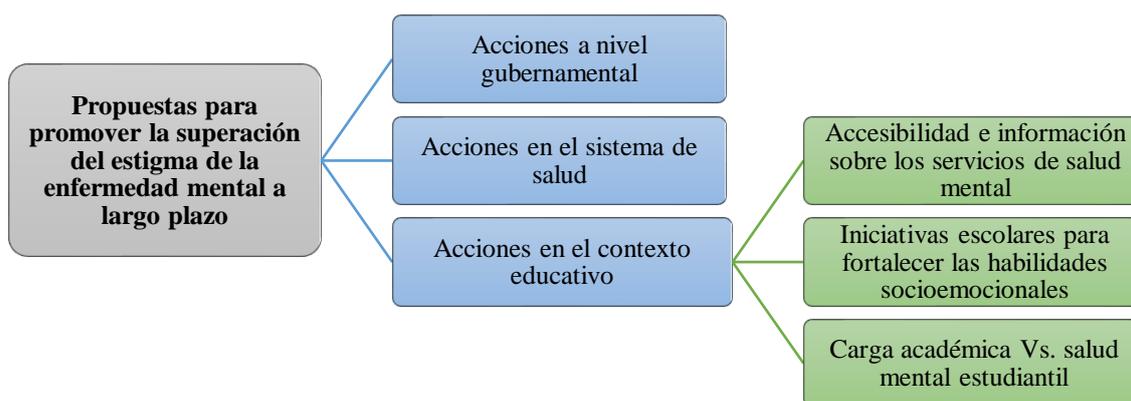
En síntesis, el estallido social y la pandemia mundial, visibilizaron un malestar colectivo, expresado en trastornos mentales comunes como la ansiedad y la depresión, que históricamente han sido deslegitimados y normalizados al punto de considerarlos parte constitutiva de la vida moderna. Además, los/as jóvenes manifiestan que estos dos acontecimientos fueron de vital importancia y que, si bien pusieron en tensión y fragilizaron la salud mental, también motivaron a las personas a dejar atrás muchos prejuicios, y tomar conciencia del estado de su salud mental para buscar ayuda profesional.

Eh...debido al... al estallido social y a la pandemia, siento que se ha visibilizado mucho más, este malestar o por ejemplo, en el... durante el estallido social se habló mucho del malestar colectivo, (...) entonces como que desde ahí se empezó a visibilizar la depresión que viven las personas, el estrés...y con la pandemia también, porque las personas durante la pandemia igual a muchas personas les ha afectado de manera negativa, entonces como que muchas personas también han...han buscado ayuda profesional, yo he visto en las redes sociales, que hay muchos psicólogos o psiquiatras han... han ofrecido su ayuda de manera voluntaria, gratuita... (F-18).

5.2.5. Propuestas para promover la superación del estigma de la enfermedad mental a largo plazo desde la perspectiva de jóvenes universitarios/as

Esta categoría está conformada por cuatro subcategorías, que corresponden a las propuestas identificadas en las narrativas de los/as jóvenes, como posibles acciones sostenibles en el tiempo que permitan disminuir el estigma hacia las enfermedades mentales, a fin de responder al tercer objetivo de este estudio.

Esquema No. 5



Fuente: Elaboración propia

5.2.5.1. Acciones a nivel gubernamental

Antes de realizar la descripción de las propuestas para el nivel gubernamental, es importante mencionar que todos/as los/as jóvenes coincidieron en que desconocían o les costaba identificar las acciones promovidas por el Gobierno frente al fenómeno del estigma de las enfermedades mentales.

...las únicas veces que yo he escuchado acerca de la salud mental o que se promueva, en pedir ayuda o hacer conversatorios para hablar sobre estos temas, es generalmente en la universidad, yo jamás he visto ni municipios, donde yo vivo, o nada del gobierno, para hacer algo de la salud mental, honestamente, yo no lo he visto, no conozco al respecto (M-19).

Una de las jóvenes menciona que es importante en primera instancia que el Gobierno asigne mayor presupuesto salarial para salud mental, además de promover canales de comunicación a nivel nacional por medio de la televisión, redes sociales, teléfono, radio, etc., con información que permita visibilizar la salud mental, hablar abiertamente acerca del tema y llegar con información verás a todas las personas, incluyendo aquellas que no están interesadas.

Pienso también, que, del gobierno, surgiera como una... como va a ser como muy ideal, pero que, del gobierno aparte de aportar con más dinero hacia el lado de salud mental, también que se visibilizara más en los canales nacionales, que, como ahora está la... propaganda del apruebo y el rechazo. Como que se hiciera más visible, que fuera, eh... más llamativo y que pudiera llegar a más gente, y hablar abiertamente estos temas, a través de las redes sociales, del teléfono, la televisión, el computador...creo que ahí la gente no... ahí tomaría esto un poco más en serio (F-17).

Por otro lado, tomando en cuenta el contexto histórico que el país vivía en el momento de la recolección de los datos, una joven mencionó que a nivel gubernamental es importante que dentro del proceso de construcción de la nueva Constitución chilena se dé relevancia al tema de la salud mental.

...es importante más...como más espacio en la nueva constitución sobre la salud mental, (...) que no solo se trate la salud como la salud física, sino también la salud mental, y yo creo que eso igual es algo muy importante que se... que se incluya en la nueva constitución en este caso (F-19).

5.2.5.2. Acciones en el sistema de salud

Los/as jóvenes mencionaron que el sistema de salud pública debe conformarse como un espacio donde se visibilice los problemas mentales como una realidad, esto puede coadyuvar a que las personas comprendan que los servicios de salud intervienen en afecciones tanto físicas como mentales. Esto implica que el sistema de salud pueda dar relevancia a la salud mental, empezando por reestructurar una cartera de servicios para que las personas puedan obtener un turno sin esperar un tiempo muy prologando.

...algo más utópico, creo yo, pero que se debería hacer, es que, dentro del mismo sistema de salud, eh, abrir un poco más las puertas también para visibilizar los

problemas de salud mental. Porque, al fin y al cabo, cuando uno habla de salud, habla de salud física, cuando uno va al hospital va por problemas físicos, pero... yo creo que, desde la misma salud pública se puede quitar esta idea, y generar el cambio. Hay que hablar un poco más de eso y dar la posibilidad de que la gente también pueda optar a... a tratarse su salud mental y no esperen mil años para una hora (F-19).

Otra joven coincidió con la importancia de que el sistema de salud genere canales de comunicación oficiales, donde se pueda difundir información que oriente a las personas sobre los problemas relacionados con la salud mental de todo tipo, similar, al programa Fono Mujer.

...que también sea como más, que sea más difundido por, por fuentes oficiales los problemas de salud mental, (...) casi como que, por ejemplo, sacaron este Fono Mujer, osea algo que sea práctico, y que sea contra todo tipo de problema de salud mental, como, psicológico, psiquiátrico, lo que sea... (F-19).

Algunas jóvenes reconocieron desde su experiencia, lo importante que fue para ellas saber que su problema relacionado con la salud mental no era un tema individual, sino que había más personas que lo vivían. Por tal razón, reafirmó la importancia de que las personas que ya han vivenciado alguna afectación mental o que tienen mayor conciencia sobre el tema, puedan relacionarse y sensibilizar a aquellas que lo desconocen. Por lo tanto, creen necesario que esto se pueda materializar desde los espacios que ofrece el sistema de salud. Donde se promuevan espacios de inclusión para las personas con enfermedades o trastornos mentales, a fin de que se pueda visibilizar y tomar conciencia del tema como un problema colectivo y no solo individual, además, de construir redes de apoyo, y reducir las creencias negativas o erróneas que se generan por acudir a un espacio de salud mental.

A mí me ayudó mucho, saber que no era la única (...) cuando uno se entera y pide ayuda, se da cuenta que realmente son muchas personas las que están así, no es cosa solo de que uno está loca. Entonces a mí se me ocurriría como visibilizarlo desde las personas que ahora tenemos como más conciencia de la salud mental, pudiéramos tener como...contacto con gente que no... (F-17)

...siento que por ejemplo el Ministerio de Salud podría hacer mucho, como quizá eh... no sé si programas de inclusión tan, tan eh... grandes o fuertes como para los discapacitados físicos, como adaptado para, gente que tiene, que, que sufre de enfermedades mentales o que tiene problemas mentales... algo así como una red de ayuda...(F-19).

5.2.5.3. Acciones en el contexto educativo

Respecto a las propuestas orientadas al contexto educativo, dos jóvenes coincidieron y reconocieron desde su propia experiencia, que la educación en salud mental fue algo de lo que careció su formación escolar básica y media. Por lo que, creen que es fundamental incorporar espacios dentro de la formación académica, que permitan a los/as estudiantes adquirir herramientas para reconocer cuando un estado de ánimo puede ser perjudicial para sí mismos, y comprender que las enfermedades mentales son una realidad, todo ello con la finalidad de saber cómo incluir y apoyar a las personas que tienen alguna afección a nivel mental.

...pucha, lo primero que considero es como la educación, o sea, a mí me hubiera servido mucho, mucho, de que... de que me... hablaran de... como de, desde la psicología me entregaran herramientas, mientras era chico y estudiaba, y no recién en la universidad. Yo creo que eso es como lo importante, como tener herramientas para reconocer cuando algo no va bien, he...así, como para poder saber que los problemas mentales existen y poder ser inclusivos con las personas que padecen enfermedades mentales... (M-22).

Además, una de las jóvenes agregó que es importante que los entornos educativos promuevan conocimientos sobre salud mental, a fin de visibilizar y sensibilizar sobre su importancia para el bienestar emocional a lo largo de la vida.

Eh, mi propuesta es que... desde, a los... a les niños de sala cuna, o al menos desde prekínder, se les debería inculcar, deberían tener clases de salud mental, cosa que sea una... que sean... que sea un tema totalmente visible para los niños y porque ahí está la base de todo, enseñar a los niños que... esto es importante y... y real, y para que cuando sean adultos puedan... puedan darle esa importancia que se... que no se le da... a... actualmente (F-18).

En el mismo sentido, otra joven, agregó que se podría pensar en que la educación en salud mental sea incluida en la malla curricular de la educación básica y media, de manera similar al ramo de educación cívica, a fin de que los/as estudiantes desde temprana edad puedan tener información verídica acerca de la salud y/o de las enfermedades mentales.

Yo creo que, desde chicos, desde la básica, hay que empezar a tratar la salud mental, dentro de los mismos colegios. Con información, no sé si, así como... dentro de la misma idea de educación cívica, (...) ya sea como parte... o sea, casi parte de la malla, creo yo, así uno podría tener una idea, como más clara de estos temas (F-19).

Otro entrevistado mencionó sobre la necesidad de visibilizar los problemas mentales en espacios académicos donde haya la necesidad de hablar sobre temas relacionados con la

salud mental, como colegios o universidades. Pero agregaba que estas propuestas puedan ser transmitidas por las personas que han vivenciado o vivencian un trastorno o problema mental, de modo que sean ellas quienes puedan hablar sobre sus experiencias; con el fin de compartir información y sensibilizar a la población desde su propia experiencia, y que el conocimiento técnico de los profesionales de salud mental sea un complemento.

Yo creo que haría (...), no sé, ir a algún lugar en el que (...) se quiera hablar de los problemas de salud mental... un colegio, una universidad, en que se quiera hablar del tema, y llevar personas...no psicólogos, no psiquiatras, tal vez sí, pero yo creo que llevar personas que vivan problemas mentales y digan “yo tengo problemas mentales, yo me siento así”, eh, “yo me... no sé, me quería suicidar”, como hablar abiertamente, porque si no, no se puede visibilizar bien, porque avergüenza hablar del tema... (M-19).

Finalmente, dentro de las propuestas orientadas a los contextos educativos, se identificaron algunas iniciativas, que si bien, no son exclusivas para superar el estigma, si pueden contribuir de forma indirecta, si el contexto educativo se conforma como un espacio promotor de salud mental, donde se facilite el acceso a la búsqueda de ayuda y se promuevan acciones que generen entornos y condiciones de vida saludables.

Por lo tanto, en este último apartado se incluyeron algunas propuestas manifestadas por los/as jóvenes en sus narraciones, generadas a partir de lo que reconocieron que faltó o falta en sus entornos educativos, con la posibilidad de que estos espacios no solo se dispongan como lugares de aprendizaje académico, sino también como una red de apoyo y un factor protector. A continuación, se describen algunas de estas propuestas.

5.2.5.3.1. Accesibilidad e información sobre los servicios de salud mental

Los/as jóvenes identificaron que, tanto en su educación básica, media y universitaria, a pesar de que había servicios de atención orientados a la salud mental dentro de sus instituciones, estos no lograban abastecer la demanda de toda la población. Por lo que, consideraron importante que los espacios educativos prioricen los servicios de salud mental, fortaleciendo la atención con un número mayor de profesionales, con mayor difusión sobre los servicios que existen, y, facilitando e informando sobre el proceso que se debe seguir para poder acceder a estos servicios.

Entonces...desde lo que yo viví sí creo que se necesita como mayor eh... eh psicólogos, psicólogas dentro del liceo, porque por eso eran los paros más que nada ...en la universidad igual hay harta demanda, (...) está como casi colapsado de derivaciones, entonces... (...) la capacidad que tienen para... abordar la salud

mental, no la veo muy diferente a como yo lo viví en el liceo. Sigue habiendo como falta de... de personal (...) Y falta de información, si uno quiere eh tratarse la salud mental en la universidad, eh...no es fácil llegar a ella. Entonces la universidad, eh...si debería buscar formas que los estudiantes conozcan y que no sea tan difícil acceder por falta de personal... (F-19).

Además, otra entrevistada agregó que, desde su experiencia, el espacio universitario puede facilitar en gran medida la posibilidad de que estudiantes que no cuentan con el apoyo familiar y que económicamente no están en condiciones para solventar un servicio de salud mental, puedan acceder a través del apoyo institucional.

...siento que por ejemplo la universidad puede facilitar caleta espacios donde acudir para recibir apoyo, eh...o sea, así como el dar las posibilidades de brindar apoyo sin la necesidad de pasar por el mediador de la familia, sobre todo, cuando no hay...no hay eh, apoyo o dinero para costearse por la misma persona, (...) entonces puede hacerlo directamente con la universidad... (TF-18).

5.2.5.3.2. Iniciativas escolares para fortalecer las habilidades socioemocionales¹⁵

Algunos/as jóvenes coincidieron en que, durante todo el desarrollo educativo, es importante que las instituciones abran espacios que favorezcan el desarrollo de habilidades socioemocionales de los/as estudiantes, faciliten el reconocimiento de estados emocionales perjudiciales, y propicien la búsqueda de ayuda profesional. Todo ello con el propósito, de que estos espacios dentro del entorno educativo puedan convertirse en factores protectores para la comunidad estudiantil.

...creo que sería importante que, en la básica, en el colegio, o no sé, como en toda la vida de estudiantes, eh, como también que haya no sé si ramos, pero que se den conversatorios de... para tratar el estrés, para tratar la depresión, para tratar como de detectar síntomas depresivos, y buscar ayuda. Eh, las mismas clases que tenemos, (...) abrir esos ramos que son de habilidades socioemocionales. Hablar de esos temas, cómo conectarse con los sentimientos, con las emociones, cómo controlarlas, para no sentirse más tristes, más explosivos, pero...como estrategias y técnicas(...) (M-19).

¹⁵ Habilidades socioemocionales (HSE): Hace referencia a herramientas que permiten a las personas entender y regular sus emociones, comprender las de los demás, sentir y mostrar empatía por los otros, establecer y desarrollar relaciones positivas, tomar decisiones responsables, así como definir y alcanzar metas personales. Estas habilidades pueden desarrollarse y ejercitarse de manera intencional en el contexto educativo, y que justo la infancia y la adolescencia son las etapas más significativas para aprenderla. Existe consenso de que en la actualidad los jóvenes requieren de una formación integral que no sólo proporcione conocimientos académicos, sino que les brinde herramientas que les permitan enfrentar con éxito las demandas de un mundo complejo y cambiante (Hernández Zavala, Trejo Tinoco, & Hernández, 2018).

5.2.5.3.3. Carga académica Vs. salud mental estudiantil

Uno de los jóvenes reconoció que si bien la Universidad genera espacios a través de charlas donde se abordan temas sobre salud mental, la carga académica se convierte en una limitante para el acceso, y a su vez en un factor que perjudica la salud mental de los/as jóvenes. Por lo que sugiere, que es importante que la institución universitaria, busque nuevas estrategias que permitan dar prioridad a la salud mental de los/as estudiantes, e identifiquen otros factores que la pueden poner en riesgo.

...si bien veo que la Universidad hace varios conversatorios o varias charlas, eh... son eso, charlas, pero al final la carga académica es más importante, entonces... quedan en eso, no... no pasa de una charla, a la que probablemente no voy a poder ir porque tengo que hacer una tarea... entonces los docentes, deben pensar en bajar la carga o adaptar los métodos de educación para... eh, bajar la carga académica y generar menos estrés o perjuicios en la salud mental... Entonces yo creo que, al final no es solo el dar charlas, sino de verdad preocuparse por la salud mental de los estudiantes y lo que les puede estar afectando (M-19).

En este contexto, también una de las jóvenes mencionó que la prueba de selección universitaria (PSU), es un factor que genera mucho estrés durante el transcurso de la educación media, porque considera que es un sistema desfavorable, y lo identifica como un posible detonante de problemas relacionados con la salud mental de los estudiantes en esta etapa. Por lo que sugiere que los colegios también deben tomar en cuenta y elaborar adaptaciones sobre la carga académica, con el fin, de priorizar la salud mental de los/as estudiantes.

(...) los colegios deben pensar un poco en la carga académica o al menos preocuparse por... por la salud mental de los estudiantes, porque en su momento igual como que nos sobreexplotaban... tener no sé otros espacios importantes también, pero para la salud mental. Porque por ejemplo la PSU es una de las cosas como más... que más genera ansiedad dentro de la media, porque yo creo que, bueno aparte que es un mal sistema, es uno de los grandes detonantes de los problemas de salud mental en la media, eso hay que cambiar... (F-19).

6. DISCUSIÓN

Este estudio cualitativo realizado en una universidad pública de la ciudad de Santiago, permitió conocer la experiencia de los/as jóvenes universitarios/as con riesgo suicida, en la construcción del estigma de enfermedad mental como una barrera para la búsqueda de ayuda profesional, todo esto a partir de la auto experiencia e influencia del contexto familiar y social.

Este trabajo de investigación entrega nuevos resultados que permiten conocer la percepción del estigma de la enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda profesional desde la perspectiva de jóvenes universitarios/as con riesgo suicida. Hasta donde se pudo conocer en la evidencia publicada este es el primer estudio que aborda esta problemática en población juvenil universitaria. Es bien sabido que el estigma es una barrera para la búsqueda de ayuda profesional en población juvenil, y más aún con riesgo suicida. Estos resultados cualitativos describen el estado actual del estigma en jóvenes con mayor prioridad de atención en el contexto de la enfermedad mental. Además, permiten conocer estrategias multinivel y a largo plazo orientadas a disminuir el estigma desde la perspectiva de los/as estudiantes.

En este estudio se encontró que en cuanto a los factores que influyeron en la generación de estigma hacia la enfermedad mental en la muestra de estudiantes entrevistados/as, fueron: las experiencias individuales en relación a vivir con una enfermedad mental; las creencias del entorno familiar; las etiquetas preestablecidas en la sociedad hacia las personas que tienen una enfermedad mental; y, los estereotipos de género en relación a las enfermedades mentales.

Respecto al estigma de la enfermedad mental como una barrera para la búsqueda de ayuda profesional, dos de las consecuencias más relevantes que se identificaron desde la experiencia de los/as jóvenes, fueron: que el estigma limita el reconocimiento propio de tener un problema de salud mental, y, además que las personas guardan silencio para no ser juzgados o discriminados por el entorno. Estas situaciones conllevan, a un retraso en las intervenciones en salud mental, a la cronificación de la sintomatología del problema mental, y a un incremento de riesgo suicida en las personas afectadas.

Por lo tanto, los/as jóvenes creen necesario que las acciones orientadas a disminuir el estigma de la enfermedad mental deben ejecutarse con una perspectiva intersectorial, a partir de acciones a nivel gubernamental, educativo, familiar y de salud. Además, se requiere dar voz a quienes tienen dichas enfermedades o trastornos mentales.

En cuanto a las categorías emergentes que resultaron de este estudio y facilitaron la comprensión del fenómeno, se identificaron algunos factores que han influido en la disminución del estigma de la enfermedad mental, como: el proceso de evolución generacional del estigma en relación a las enfermedades mentales, el rol del feminismo,

el estallido social y la pandemia mundial por COVID-19. Así mismo, se pudo reconocer que las diferencias socioeconómicas reflejadas en estratos socioeconómicos, medio y medio bajo, la identidad del género con el que se identifican los/as jóvenes, y la dificultad para creer que los problemas mentales son reales, se convirtieron en barreras estructurales y actitudinales que también limitaron la búsqueda oportuna de ayuda profesional. Ante esto, los/as jóvenes propusieron algunas acciones vinculadas al contexto educativo, como, la posibilidad que este espacio se constituya como un promotor de salud mental.

Para ello, los/as estudiantes creen necesario que exista mayor información y accesibilidad a los servicios de salud mental en el contexto educativo; además, que en este espacio se promueva iniciativas escolares que fortalezcan las habilidades socioemocionales de los/as estudiantes; y se propicien cambios curriculares que permitan abordar de mejor manera la carga académica y los problemas asociados a la salud mental.

6.1. Construcción del estigma de la enfermedad mental en la población de estudio

En este estudio se encontró que la construcción del estigma de la enfermedad mental en los/as jóvenes se estableció a partir de experiencias individuales, y se reforzó con creencias, actitudes y estereotipos que circulaban en su entorno más cercano, la familia, y su entorno más lejano, el contexto social. Esto coincide con la literatura que sostiene que la construcción del estigma de la enfermedad mental se forma a través de un sistema complejo, compuesto por varios elementos que se entrelazan y que al interactuar entre sí adquieren nuevas propiedades, por lo tanto, no pueden explicarse por separado (Basilio, 2019). Es por esto que el proceso de estigmatización se constituye en una relación diádica, y multidimensional (individuo-familia-comunidad-sociedad), donde se pueden distinguir, estereotipos, prejuicios, y discriminación (López et al., 2008).

En este estudio los/as estudiantes manifestaron que el significado negativo que ellos/as otorgaron a las enfermedades o trastornos mentales estaba vinculado a experiencias personales desagradables, por lo que, tuvieron que enfrentar dificultades y limitaciones en su vida producto del malestar psíquico o emocional que presentaban. Esto se retroalimenta con la literatura que muestra que las narrativas negativas sobre la enfermedad mental se construyen a partir de experiencias de vida estresantes, que en última instancia terminan construyendo una identidad que asume el estigma (Martin & Rose, 2008; Bruner, 2003; Schiffrin, 2006 citado en Aymá, 2015). Según los/as jóvenes

entrevistados/as y en contraste con la literatura, la identidad estigmatizada también denominada autoestigma o estigma internalizado, se convirtió en uno de los problemas más graves con los que tuvieron que lidiar, esto debido a que el estatus de persona enferma, hacía que ellos asuman e internalicen actitudes negativas recibidas desde el entorno, relacionadas con creencias de desvalorización y discriminación. Situación que generó en esta población disminución en su calidad de vida, autoestima, autoeficacia, agravamiento de los síntomas y riesgo suicida (Mascayano et al., 2015).

Asimismo, en este estudio se encontró que la construcción del significado negativo sobre la enfermedad mental estuvo asociado a la interacción que los/as estudiantes tuvieron con su entorno familiar, educativo y de salud, donde percibieron tratos discriminatorios, respuestas de rechazo y burlas frente a lo que les pasaba. Los hallazgos encontrados en relación a la importancia que tiene el entorno y las relaciones interpersonales en la construcción del estigma, coinciden con lo dicho por Link y Phelan (2001), quienes amplían la idea de Goffman (1963, citado en, Hsin et al., 2007), sugiriendo concebir al estigma no solo como un “atributo profundamente desacreditador”, sino como un proceso social. Según estos autores, el proceso de estigmatización comienza cuando un grupo social dominante reconoce una diferencia desfavorable en otro grupo humano, generando una rotulación social que clasifica a estas personas en una categoría aparte, separando así el “nosotros” del “ellos”. La culminación de este proceso ocurre cuando esas diferencias designadas desencadenan distintas formas de desaprobación, rechazo y discriminación. Todo ello forma parte del proceso de estigmatización (Miric, Álvaro, González, & Torres, 2018).

La relación estigma-discriminación se profundizó en un estudio realizado en Cataluña, España donde se reportó que el 80,1% de las personas con un trastorno mental manifiestan haber sido tratadas injustamente en sus ámbitos relacionales por tener un trastorno mental; además, que un 47,4% de esta misma población indica que han sido tratados negativamente, con actitudes de menosprecio, burlas, insultos, coacción y culpabilización en algún ámbito de su vida por tener un trastorno mental (Balasch, Casado, & SCCL, 2016).

Por otro lado, los/as estudiantes identificaron que, en el proceso de construcción del estigma, también intervinieron las creencias negativas sobre los problemas mentales

percibidas a nivel social y familiar. Estas creencias se asociaban a expresiones negativas que en su momento invalidaron y minimizaron los síntomas de la enfermedad mental a nivel social, situación que generó también que los/as jóvenes minimizaran su propia problemática y significaran de manera negativa las enfermedades mentales.

Además, estas creencias negativas fueron reforzadas por estereotipos preestablecidos (etiquetas) hacia las personas con una enfermedad mental. Este resultado se retroalimenta con la propuesta teórica de Mascayano et al. (2015), que encuentra que el estigma público se origina cuando la comunidad proyecta prejuicios y estereotipos hacia las personas con una enfermedad o trastorno mental, y, en consecuencia, actúan de manera discriminatoria. Estas actitudes estigmatizadoras pueden instalarse desde edades tempranas de la vida por medio del proceso de socialización. Además, en un entorno tan particular como el universitario, en un estudio basado en la investigación-acción participativa en los Estados Unidos se concluye que existen tres posibles orígenes del estigma en esta población: la presión y éxito académico, la vergüenza que motiva a ocultar una enfermedad mental y la violencia que sufren las personas con enfermedad mental (Wada et al., 2019).

6.2. Consecuencias del estigma de la enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda profesional

Como lo demuestran varios estudios realizados sobre todo en países de altos ingresos y en población juvenil, el estigma de la enfermedad mental se ha configurado como una de las principales barreras para la búsqueda de ayuda profesional. En una revisión sistemática realizada por Gulliver et al. (2010) en relación a las barreras y facilitadores de búsqueda de ayuda en Australia, encontraron que varios estudios coincidían en que una de las principales barreras correspondía a las actitudes estigmatizantes y a las creencias negativas hacia los problemas mentales, dado que el miedo a ser rechazados o discriminados les llevaba a las personas a ocultar su malestar mental desencadenando mayores dificultades en su desarrollo.

6.2.1. Estigma público y autoestigma como barrera para reconocer el propio problema mental

En este estudio los/as jóvenes identificaron desde su experiencia, que uno de los efectos derivados del estigma como barrera para buscar ayuda profesional, fue que la presencia

de creencias negativas y estereotipos alrededor de los trastornos o enfermedades mentales en sus espacios familiares y sociales, que repercutieron a nivel personal en el reconocimiento de los síntomas del trastorno mental. Por lo tanto, los/as jóvenes deslegitimaron su malestar psíquico, mediante la minimización y normalización de los síntomas que presentaban, dejando de lado la posibilidad de buscar ayuda profesional.

A pesar de que en la evidencia revisada no se encontró una relación directa entre el estigma, la limitación para reconocer la enfermedad mental, y la negativa para buscar ayuda profesional, algunos estudios reportaron que, en el proceso de estigmatización, el autoestigma predice de forma única las actitudes hacia la búsqueda de ayuda profesional. Porque si bien la etiqueta de enfermedad mental a la que se adjunta el estigma se da externamente (estigma público), luego la persona lo internaliza (autoestigma). Por lo tanto, el autoestigma puede ser un factor que genera que las personas normalicen los síntomas producidos por la enfermedad mental, y disminuya la percepción de ayuda, más cuando se trata de padecimientos donde los síntomas son preocupantes, pero no graves (Vogel et al., 2007).

6.2.2. Estigma y Discriminación

En este estudio los/as jóvenes reconocieron que el estigma puede provocar que las personas oculten o nieguen su condición o trastorno mental, porque en sus espacios de interacción social pueden ser víctimas de discriminación y exclusión, incluso de forma violenta. Por lo tanto, para no perder la funcionalidad social, en espacios laborales, académicos o familiares, les es conveniente hacer un pacto de silencio que limita la búsqueda de ayuda formal e informal. Resultado que coincide con un estudio exploratorio de estudiantes universitarios con problemas de salud mental de Martín (2010), donde se encontró que la mayoría de los/as estudiantes no revelaron sus problemas de salud mental al personal de la universidad, debido principalmente al temor a la discriminación durante sus estudios y en el empleo profesional. Otro estudio realizado en población universitaria también mostró que las manifestaciones del estigma se evidencian en la renuencia de los estudiantes a develar el malestar mental, porque podría percibirse como una forma de debilidad que posiblemente afectaría sus perspectivas profesionales (Chew-Graham et al., 2003 citando en Quinn, Wilson, Macintyre, & Tinklin, 2009).

Paralelamente con el tema de la divulgación del problema mental, está la renuncia de los/as estudiantes a buscar ayuda profesional. Situación que se muestra en los resultados de este estudio, donde los/as estudiantes manifestaron que en el ámbito personal la vergüenza asociada a lo que experimentaban a nivel emocional les limitó a buscar y acceder a ayuda profesional en los espacios que tenían a su disposición dentro de sus establecimientos educacionales, porque sentían que podían ser vistos de manera negativa por su entorno. Varios estudios realizados en universitarios en los EE. UU y países de Europa coincidieron con este resultado, mostrando que solo un tercio de la población de estudiantes universitarios/as que reportaron pensamientos suicidas buscaron ayuda profesional en los servicios que ofrecía la universidad (Eisenberg, Golberstein y Gollust 2007; Monk 2004 citado en Quinn et al., 2009). Además, en otro estudio sobre la Universidad de Leicester evidenciaron que los/as estudiantes tenían más tendencia a buscar ayuda o consejo de familiares y amigos más que de miembros del servicio de apoyo profesional de la universidad. Por lo que se reportó, que la búsqueda de ayuda en los/as jóvenes universitarios/as se inicia de manera informal, más frecuentemente con su tutor personal (59%), y solo el 7% busca ayuda en los servicios especializados de la universidad. Lo que convierte a la universidad en un espacio secundario de búsqueda de ayuda profesional (Quinn et al., 2009). La evidencia anterior es respaldada con otro estudio realizado en Jordania con adolescentes, donde alrededor de la mitad de esta población buscó ayuda en la familia, y solo uno de cada 10 buscó ayuda profesional escolar (Dardas & Simmons, 2017).

De la misma manera, se identificó que las manifestaciones del estigma como barrera para buscar ayuda profesional fueron reforzadas por el contexto familiar. Los/as jóvenes de este estudio reconocieron que la presencia de estigma dentro de sus sistemas familiares deslegitimó los síntomas del malestar que presentaban, ubicando en último lugar la posibilidad de acceder ayuda profesional, circunstancias que llevaron a que los síntomas se agravaran y que su condición mental afectara todos sus ámbitos de vida. Hasta donde se pudo conocer no existe evidencia científica publicada que reporte una asociación entre el estigma como barrera para la búsqueda de ayuda profesional y la cronificación de los síntomas de la enfermedad mental. Sin embargo, un estudio cualitativo que exploró las experiencias de discriminación en personas con diagnóstico de salud mental, mostró que el principal efecto del estigma dentro del contexto familiar se refleja en la dificultad para

creer que la enfermedad mental es real y que un miembro de la familia puede tenerla, por tal razón son reacios a aceptar las consecuencias y el significado del diagnóstico, y reaccionan negándolo o descartándolo (Hamilton et al., 2014). Otro estudio de Huggett et al. (2018) respalda la evidencia antes mencionada con una investigación sobre las experiencias de estigma en personas con problemas de salud mental, donde se reportó que el impacto del estigma genera que el sistema familiar de una persona con enfermedad mental, limite la revelación del problema porque los propios miembros de la familia experimentan vergüenza y miedo a las reacciones públicas. Esto implica, que los individuos que tiene una enfermedad mental se vean mayormente afectados, porque se les impide legitimar su trastorno y buscar ayuda profesional de manera oportuna.

Finalmente, en este estudio se identificó que la propensión a subestimar los síntomas producidos por un trastorno mental, sobre todo común, y las consecuencias relacionadas con la discriminación y exclusión que conlleva el fenómeno de la estigmatización, puede propiciar el riesgo suicida en cualquiera de sus niveles, desde el deseo o ideación suicida hasta la muerte por suicidio. En un estudio de Carpiello y Pinna (2017) se reportó que la percepción de falta de apoyo social puede llevar a la persona con una enfermedad mental a la desesperanza. Sumado a esto el autoestigma percibido puede configurarse como un factor estresante que excede los recursos de afrontamiento, lo que puede generar un riesgo suicida elevado. Además, existen reportes que mencionan que el proceso de etiquetamiento de una persona como “enfermo mental” está directamente asociado al aumento del riesgo suicida porque reduce la posibilidad de búsqueda de ayuda sobre todo en grupos humanos con otras causas de estigmatización como minorías sexuales (Campo-Arias & Herazo, 2015b; Kota et al., 2020; Swannell et al., 2016).

6.3. Propuestas para promover la superación del estigma de la enfermedad mental a largo plazo

En este estudio las propuestas para promover la superación del estigma hacia las enfermedades mentales a largo plazo identificadas en el discurso de los/as jóvenes se orientaron a intervenciones a nivel social mediante políticas gubernamentales, del sistema educativo y de salud. Además, de estrategias para visibilizar las enfermedades o trastornos mentales a nivel social.

6.3.1. Propuestas a nivel de políticas gubernamentales

Los/as jóvenes en primera instancia reconocieron el evidente desinterés de los gobiernos de turno en temas de salud o enfermedad mental. Por lo que, una primera propuesta estuvo orientada a revisar y repensar sobre el ínfimo presupuesto salarial que el Gobierno asigna para temas de salud mental, sabiendo que podría ser una de las principales causas para que, por un lado, no se pueda contemplar ninguna propuesta específica para disminuir el estigma, y por otro, que las intervenciones no se puedan sostener en el tiempo. Resultado que se constata con los datos reportados en un estudio de Errázuriz et al. (2015) realizado en Chile sobre el “financiamiento de la salud mental: una deuda pendiente”, donde se muestra que según el informe de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Chile, en el año 2012 el porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental fue apenas de 2,16%, comparado con otros países de ingresos alto y medio alto, el porcentaje del presupuesto asignado a salud mental en Chile lo sitúa muy por debajo de los porcentajes que muestran otros países de ingresos altos como: Estados Unidos (6,0%), Australia (9,6%), Reino Unido (10,0%), Suecia y Nueva Zelanda (11,0%), e incluso al promedio mundial que es de 2,8%.

Además, aun cuando en el momento que se recogieron los datos existía un discurso generalizado de los/as jóvenes que deslegitimaba al Gobierno de turno, pero tomando en cuenta el alcance y la incidencia de esta instancia a nivel nacional sobre temas de promoción y prevención de la salud y enfermedad mental. Los/as jóvenes consideraron necesario y estratégico que desde las instituciones del Estado se promueva canales de comunicación por todo tipo de medio (radio, televisión, internet), a fin de transmitir información veraz que permita visibilizar la salud y enfermedad mental como una realidad, hablar a nivel social de forma abierta sobre el tema y llegar a las personas de todas las generaciones. Hasta donde se pudo conocer no hay evidencia específica respecto a intervenciones anti estigma promovidas por los gobiernos por medio de canales de comunicación. Sin embargo, varios estudios reportan que los medios de comunicación juegan un papel muy importante como principales fuentes de información sobre los trastornos mentales a disposición de los ciudadanos (Cutcliffe & Hannigan, 2001). Como se muestra en el siguiente estudio donde se analizó las tendencias estigmatizantes en los principales medios de comunicación españoles, concluyendo que el tratamiento adecuado y riguroso sobre la información que se trasmite en relación a la salud y enfermedad mental

por parte de los medios podría tener un papel fundamental en la lucha contra los prejuicios y la discriminación (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo, Guillén, & Izquierdo, 2011).

6.3.2. Propuesta para el sistema de salud

Para combatir el estigma dentro del sistema de salud, los/as jóvenes consideran importante que los servicios de salud se conviertan en espacios promotores de salud mental de modo que puedan impulsar canales de comunicación donde se trasmita información clara y práctica. Para esto, primero es importante intervenir en el personal encargado de la atención en salud general y salud mental, sobre todo en el nivel primario de atención que es donde las personas acuden por primera vez. Como muestran varias intervenciones realizadas en países de altos ingresos como Londres y Canadá, las acciones anti estigma dirigidas a espacios de salud se enfocan en que los profesionales de estas áreas asuman un rol de agentes des-estigmatizadores. Schulze (2007 citado en Mascayano et al., 2015) en una revisión de la evidencia sostiene que, es clave comprometer a los profesionales de la salud en una tarea que implique cercanía y apoyo constante a los pacientes y familiares afectados por el estigma. Generando programas orientados al autocuidado de los profesionales, educación profesional continua que permita modificar las creencias de los profesionales reemplazándolas por conocimiento más objetivable. Otro estudio sobre una iniciativa piloto destinada a desarrollar e implementar una intervención a favor de la recuperación anti estigma y antidiscriminación dirigida a proveedores de atención de salud dentro de los centros de salud comunitarios en Toronto, muestra que las intervenciones anti estigma permiten mejorar la comprensión de los determinantes sociales de la salud y no limitarse a un mero hecho fisiológico; además, fomentan perspectivas equilibradas sobre la etiología de la salud mental como una práctica fundamental que deconstruye juicios basados en información errónea (Khenti, Bobbili, & Sapag, 2019).

Además, los/as jóvenes proponen también que el sistema de salud pueda dar relevancia al ámbito mental exigiendo a los organismos del Estado encargados de los servicios de salud mental, que garanticen soluciones frente a la saturación de los servicios en esta área. Las percepciones de servicios saturados y con poca capacidad resolutive también se refleja en un estudio comparativo sobre políticas públicas y el estado de los servicios de salud mental en Chile y Finlandia, que a pesar de que son países que comparten desafíos

en salud mental, tienen una brecha grande en intervenciones destinadas a su mejoramiento. Entre los dos países existe una diferencia en la cantidad de recursos destinados a salud mental, acceso atenciones de especialistas, capacitación del personal, y desarrollo de políticas integrales de salud mental, lo que demuestra importancia de la voluntad política y la visión de largo plazo en la construcción de políticas de salud mental de las que Chile aún está bastante lejos (Retamal, Markkula, & Peña, 2016). Lo anterior coincide con lo mencionado por Jiménez et al. (2021), quien asegura que la cobertura de atención en salud mental en Chile alcanza a no más de un 20% de la población, esto se debe a que los recursos son insuficientes para alcanzar los objetivos en temas de promoción de salud mental, y prevención y tratamientos de enfermedad mental. En esta misma fuente se menciona que Chile necesitaría 1209 dispositivos de atención para cubrir a toda la población, pero solo cuenta con 377.

Por lo tanto, de acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio se debe incorporar la problemática del estigma como un objetivo relevante en las políticas públicas en el ámbito de salud, educación, trabajo, protección social, y demás sectores, de modo que se pueda precisar y privilegiar acciones encaminadas de manera intersectorial. Como muestra un estudio realizado en Chile sobre las implicancias en la subjetividad y los cambios en la vida cotidiana de los participantes de las Jornadas Anti estigma en la ciudad de Concepción, que da cuenta que para materializar la intersectorialidad es necesario que las políticas, planes, programas e intervenciones en el campo de la salud mental dejen la primacía por el modelo biomédico y la medicalización, y tiendan a acciones con una sólida base comunitaria, pero que a su vez tengan una institucionalidad que le permita ser sostenible (Valderrama-Núñez & Zolezzi-Gorziglia, 2021).

6.3.3. Propuestas a nivel educativo

Las propuestas orientadas a mejorar la salud mental de los/as jóvenes dentro de sus contextos educativos, planteadas desde las necesidades identificadas por los/as estudiantes durante su paso por la educación básica y media, se proyectan a incidir en la superación del estigma a largo plazo y en el resto del curso de la vida, creando entornos educativos que promuevan la salud mental y prevengan las enfermedades o trastornos mentales en los años que anteceden a la educación universitaria. Existe evidencia de que los comportamientos estigmatizantes pueden desarrollarse tan temprano como los 6 años,

donde los niños y niñas comprenden e interiorizan los términos cotidianos del mundo adulto asociados a la enfermedad mental, estando familiarizados con los estereotipos culturales alrededor de los 10 años (Costello et al., 2006). Por lo que, considerar el proceso educativo y la noción de curso de vida probablemente disminuiría la severidad y la prevalencia de enfermedades mentales, así como las barreras asociadas al estigma.

Según muestra la evidencia científica existe varias estrategias ejecutadas en instituciones educativas para reducir el estigma asociado a la enfermedad mental. Waqas et al. (2020a), en una revisión sistemática menciona que entre las más comunes se encuentra la psicoeducación presencial o en línea a través de conferencias y debates con profesionales de salud mental. En otro estudio publicado por Wasil et al. (2022), con respecto a las estrategias formuladas por los estudiantes, señala que las universidades podrían realizar adaptaciones académicas, establecer grupos de asesoramiento y comunicación entre pares, además de promover espacios de aprendizaje para la resolución de problemas asociados a la salud la mental y para el apoyo a los amigos. Las propuestas anteriores coinciden con las mencionadas en este estudio por los/as jóvenes que creen necesario incidir en la malla curricular para propiciar espacios dentro de la formación académica donde los/as estudiantes puedan adquirir herramientas para reconocer y enfrentar problemas o alteraciones mentales, conocer sobre la salud y enfermedad mental como una realidad a fin de evitar actitudes de discriminación hacia las personas con una enfermedad mental.

Además, los/as estudiantes creen relevante visibilizar en toda la población estudiantil la importancia del bienestar emocional y mental en el desarrollo de la vida de las personas, a través de estrategias de comunicación y espacios conformados por pares que se encuentren sensibilizados en el tema o personas que hayan vivenciado algún problema a nivel emocional o mental antes, para que sean ellos/as quienes den testimonio desde su propia experiencia, y las personas expertas en el tema sean un complemento. Esta propuesta concuerda con lo reportado por un estudio cualitativo realizado por Dias y Wang (2021) que indica que los estudiantes prefieren una comunicación más directa, provenientes de compañeros, estudiantes, embajadores del tema o tutores del curso. Estos últimos tienden a ser pasados por alto, especialmente cuando los mensajes vienen de instancias universitarias con las que los estudiantes no pueden relacionarse directamente. En otro estudio, reportan que una de las estrategias altamente efectivas para disminuir el

estigma es el contacto social con personas de grupos estigmatizados sobre todo si se enmarca en programas de participación comunitaria (Mascayano et al., 2015).

Además, los/as jóvenes de este estudio mencionaron la importancia de proporcionar mayor accesibilidad e información sobre los servicios de salud mental de los que disponen los establecimientos educativos; generar iniciativas escolares de desarrollo socioemocional; e impulsar cambios que permitan abordar de mejor manera la carga académica y los problemas asociados a la salud mental. Medidas estructurales que coinciden con autores como Pescosolido, et al., (2020), que superan las recomendaciones clásicas para disminuir el estigma (Clement et al., 2013; Corrigan et al., 2012) y que además recogen las experiencias positivas vividas en su etapa escolar como las propuestas de habilidades para la vida. De ahí que se requieren estudios y nuevos marcos teóricos ecológicos y basados en determinantes que puedan guiar otros tipos de intervenciones. Es importante destacar que en Chile se llevan a cabo programas que tienen el propósito de abordar los problemas de salud mental en la escuela a través de programas como: Habilidades para la Vida (HPV) o Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI), (Rojas-Andrade & Leiva, 2018), sin embargo, son iniciativas que se han enfocado solo en la población infantil, y que los/as jóvenes de este estudio han podido identificar como una falencia y falta en la etapa de la adolescencia.

Por otro lado, un resultado relevante de este estudio es que los/as jóvenes manifestaron que en los contextos educativos es importante fortalecer los servicios destinados atender la salud mental con un número mayor de profesionales y con mejores estrategias de difusión sobre los servicios que se ofrecen. Una investigación de Macaya (2019) que buscó conocer la salud mental en el contexto escolar e identificar cómo el sistema de salud se vincula con la salud mental, coincidió con el resultado reportado en este estudio con una leve diferencia, que si bien se evidencia que son escasos los servicios en salud mental dentro del contexto escolar, identifican que es por una falta de integración intersectorial. Lo que concuerda también con la literatura científica existente, que sugiere que las instituciones educativas no pueden cumplir el rol de instituciones sanitarias, por lo tanto, el incremento de servicios y profesionales de salud mental no es la solución para disminuir la prevalencia de problemas emocionales o mentales, y mucho menos sustituir a los servicios especializados de salud (Jiménez & Martínez, 2019). Por lo que, varios

estudios consideran necesario un trabajo articulado entre los servicios educativos y los servicios de salud mental (Macaya Sandoval et al., 2019).

Además, es importante tomar en cuenta que el entorno escolar y universitario no se puede construir como un mero espacio académico, sino que debe ser una fuente relacional significativa que influya positivamente en el desarrollo de los estudiantes (Barry, & Jenkins 2007). Supuesto que coincide con lo mencionado por los/as jóvenes en este estudio cuando plantean la necesidad de que las instituciones educativas puedan convertirse en espacios protectores para los/as estudiantes, promoviendo el desarrollo de habilidades socioemocionales, facilitando el reconocimiento de estados emocionales perjudiciales o de riesgo, y motivando la búsqueda de ayuda profesional. En un estudio de Rojas (2018) se consideró necesario promover una educación integral que tome en cuenta con la misma relevancia aspectos afectivos, cognitivos y sociales, a través de la incorporación de actividades artísticas y deportivas; así como de contenidos socioemocionales en el currículo. Otro estudio reporta que la propuesta más frecuente para diseñar un programa orientado a la promoción de la salud mental debe ser multidisciplinario, incluyente, dinámico y sensible a la cultura. Además, debe incluir estrategias de afrontamiento y signos de alarma, estrategia de apoyo y espacios de interacción social que no se enfoquen únicamente en aspectos académicos, así como, centros de consultoría capaces de realizar atención en salud mental por vía telefónica y a través del uso de las nuevas tecnologías (Zapata-Ospina et al., 2021).

Finalmente, los/as jóvenes creen necesario que, para que los/as estudiantes den cabida e importancia a la promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades mentales, es importante repensar y reestructurar la carga académica, sabiendo que este es uno de los principales factores que afecta la salud mental de los/as estudiantes (sobre todo en la etapa universitaria), y a su vez, limita el acceso a espacios extracurriculares que las instituciones educacionales ofrecen pero que los/as estudiantes no pueden acceder porque no disponen de tiempo. El resultado anterior coincide con la literatura que muestra que el modelo educativo aplicado en los contextos escolares es un obstáculo a la hora de implementar intervenciones que favorezcan la salud mental escolar o universitaria, pues se prioriza aspectos cognitivos y académicos dejando de lado aspectos emocionales y de salud mental (Rojas-Andrade & Leiva, 2018). En una revisión sistemática realizada por Fernández (2016) que buscó conocer la efectividad de las intervenciones basadas en el

entorno para promover la salud mental y el bienestar del personal universitario y los estudiantes, se encontró que, para que la universidad pueda construirse como un espacio donde se promueva la salud mental es necesario incidir en la malla curricular incorporando temas de autoconocimiento, resiliencia y relaciones interpersonales. Además, conviene reestructurar la forma en cómo se enseña y se evalúa, tomando en cuenta que esto no necesariamente implica disminuir el rendimiento y la calidad académica.

6.4. Categorías emergentes

En este estudio se pudieron identificar dos categorías emergentes, es decir, relevantes en el discurso de los entrevistados. Dichas categorías surgieron de manera repetitiva a medida que se analizó la información y fueron tomadas en cuenta en el contexto del estigma como barrera para la búsqueda de ayuda. Estas categorías permitieron visibilizar la situación actual del fenómeno del estigma hacia las enfermedades mentales, asociado con factores socio-históricos y generacionales que han favorecido la disminución del mismo; pero también, identificar factores sociodemográficos que continúan complejizando la búsqueda de ayuda y perpetuando el estigma.

6.4.1. Factores que disminuyen el estigma

- Proceso de evolución generacional

En la narrativa de los/as estudiantes se identificó que a lo largo de sus historias de vida se reflejó una disminución en los prejuicios y creencias erróneas hacia las enfermedades mentales. Los/as jóvenes de este estudio menciona que los temas relacionados con la enfermedad mental adquirieron mayor relevancia y se abordaron de forma más abierta gracias a la facilidad de acceso a información por medio de las redes sociales, que a su vez facilitaron la búsqueda de ayuda profesional. Lo que coincide con un estudio realizado por Vornholt et al (2021), en estudiantes universitarios de los Estados Unidos sobre la comprensión del papel de las redes sociales en el apoyo de salud mental, donde se reporta que para los/as estudiantes estos medios son importantes para la búsqueda de ayuda profesional. Sin embargo, el uso de las redes sociales como medio para la reducción del estigma es un tema poco explorado, aun cuando su uso en estudiantes universitarios es generalizado.

La escasa evidencia encontrada alrededor de las redes sociales supone un reto para la investigación futura. Suponiendo que estas pueden ser un medio para diseñar programas que superen desafíos del estigma como barrera para la búsqueda de ayuda en la población universitaria. Si bien, la población del estudio tuvo mayor disposición para reconocer y visibilizar la salud o enfermedad mental, en gran medida debido a las redes sociales, llama la atención que esto sucedió solo en el ámbito de reconocimiento grupal impersonal, más no en el ámbito personal. Lo que indica avances en la reducción del estigma público, pero no en el autoestigma.

Por otro lado, los/as jóvenes identificaron que ser parte de una comunidad universitaria les ha dado la posibilidad de tener mayor acceso a información y conocimiento sobre temas de salud y enfermedad mental, por medio de espacios de socialización con sus pares, e incluso con sus profesores, que a pesar de ser generaciones distintas tienen menor estigma y resistencia para hablar sobre las enfermedades mentales comparado con otros pares y adultos fuera del espacio universitario. Lo anterior parece, convertir al espacio universitario en un factor protector frente al estigma, sin embargo, en otros espacios como la familia, el sistema de salud y contexto educativo de la básica y media, los/as estudiantes perciben actitudes estigmatizantes que en último término aportan en la limitación de búsqueda de ayuda. Este resultado podría estar explicado debido a que a nivel mundial las universidades han sido siempre el espacio con más iniciativas e intervenciones educativas para disminuir el estigma, comparado con otros espacios como el familiar o comunitario (Kaur et al., 2021; Waqas et al., 2020b; Yamaguchi et al., 2013). Sin embargo, es difícil extrapolar estos resultados a Chile dada la escasa evidencia publicada.

- *Factores socio-históricos que atraviesa la juventud chilena*

En este estudio también se pudo identificar algunos factores contextuales en un nivel macro que favorecieron la disminución del estigma en los/as jóvenes de este estudio, tales como: el rol de feminismo, el estallido social y la pandemia por COVID-19.

Los/las jóvenes de este estudio perciben al *movimiento feminista* como una oportunidad para todas las personas, y no solo para aquellas que se identifican con el género femenino, porque, según los/as jóvenes las nociones del feminismo, entendido como un movimiento político y filosófico reivindicativo (Ponce Lara & Ponce Lara, 2020), les ha permitido a las personas tener mayor libertad de expresión emocional y reconocer algún estado

perjudicial para la salud mental, rompiendo estereotipos de género, sobre todo en el caso de los hombres donde dichas expresiones emocionales ponían en cuestionamiento su masculinidad.

Además, consideraron que el feminismo viabilizó la formación de redes de apoyo para las mujeres donde construyeron espacios seguros para poder expresar y reconocer el malestar mental o emocional, liberarse de creencias erróneas o negativas, y motivarse a buscar ayuda profesional. En la búsqueda bibliográfica no se encontró evidencia publicada que estudie las asociaciones entre el feminismo y el estigma de la enfermedad mental. Sin embargo, es bien sabido que el estigma de la enfermedad mental ha adquirido características específicas para las mujeres a lo largo de la historia, teniendo mayores riesgos y consecuencias negativas en este grupo (Bondi & Burman, 2019; Küey, 2012). El cambio de posicionamiento en cuanto a lo femenino en la investigación y los aportes del feminismo al pensamiento y estudio de la salud mental podría ayudar a algunas interrogantes y barreras que rodean al estigma.

Otro resultado relevante están relacionado a dos eventos coyunturales a este trabajo de investigación: el *estallido social* y la *pandemia mundial por COVID-19* que marcaron en la historia de Chile un antes y un después en muchos aspectos, incluyendo la compleja situación que vivían los/as jóvenes respecto a su salud mental (Mac-Ginty, Jiménez-Molina, & Martínez, 2021).

El *estallido social* marcó un primer camino para visibilizar y poner en debate los problemas asociados a la salud mental, tomando en cuenta la problemática tanto a nivel individual como a nivel colectivo, (Barrera-Herrera et al., 2022), al punto que ha llegado a discutirse como un tema relevante para la nueva constitución (MINSAL, 2021). Por otro lado, en el marco de los crecientes problemas de salud mental desarrollados durante la *pandemia por Covid-19*, se consolidó la urgencia de atención a este tema (Carvacho et al., 2021). Este contexto, unido a las iniciativas de atención comunitaria y comunicación alrededor de la salud y problemas mentales (MINSAL, 2020; Universidad de Chile, 2020), al parecer podrían contribuir a explicar la disminución del estigma percibido en los/as participantes del estudio, sobre todo alrededor de trastornos mentales comunes como la ansiedad y la depresión, permitiendo que los/as jóvenes puedan reconocer el malestar mental, liberarse de creencias negativas o erróneas, y buscar ayuda profesional.

A pesar de que existe evidencia científica anterior que menciona que las actividades públicas vinculadas a la protesta y manifestación social no tienen impacto en la disminución del estigma público y auto estigma (Corrigan et al., 2012). Los resultados de este estudio muestran que, si bien la protesta social, “estallido”, no se orientaba exclusivamente al tema del estigma de enfermedad mental, si permitió visibilizar y hablar más sobre esta problemática a nivel social, por lo que puede ser importante que en nuevas investigaciones se reevalúen los fenómenos de problematización colectiva de la enfermedad mental y su vínculo con la disminución del estigma.

6.4.2. Otras barreras para buscar ayuda profesional

- Diferencias socioeconómicas

En este estudio se identificó que las diferencias socioeconómicas de los/as jóvenes, aunque no se constituyeron como un elemento que influyó en la construcción del estigma de la enfermedad mental, sí fue un factor estructural que limitó la búsqueda de ayuda profesional. Algunos/as jóvenes de nivel socioeconómico medio y medio bajo reconocieron que para ellos/as la búsqueda de ayuda estuvo mayormente limitada por barreras estructurales, más que por el estigma. A esto se sumó el contexto de pandemia y las medidas de restricción de movilidad dispuestas por las autoridades que complicaron aún más el acceso a ayuda profesional, sobre todo para aquellas personas que residían en sectores rurales donde no había profesionales en salud mental, y que, además, no contaban con recursos económicos para acceder a una consulta privada.

Según la evidencia internacional, el estigma hacia la enfermedad mental sólo explica una parte de las barreras para la búsqueda de ayuda (Eisenberg, Hunt, & Speer, 2012) y la falta de recursos económicos es otra de las limitaciones importantes para el acceso a los servicios de salud mental por parte de los estudiantes universitarios (Ebert et al., 2019; Harris et al., 2020). A eso se añade la limitada disponibilidad de servicios gratuitos y citas oportunas que aseguren el derecho a la salud mental (Araya, Rojas, Fritsch, Frank, & Lewis, 2006). Estos resultados invitan a pensar servicios de salud mental que no solamente superen la barrera del estigma muy prevalente en este grupo, sino también a pensar servicios que disminuyan las barreras financieras y de accesibilidad en un contexto donde la prevalencia de enfermedades mentales en estudiantes universitarios ha ido en constante aumento (Martínez et al., 2021). Sobre este particular, las estrategias

emergentes de atención en línea pueden ser una alternativa para disminuir las barreras para buscar ayuda profesional; sin embargo queda todavía por superar algunos inconvenientes como el acceso a tecnologías por parte de los pacientes y de satisfacción de los profesionales de salud para atender por estos medios (Rajgopa, Li, Shah, & Budhathoki, 2021; Trabucco et al., 2021).

- *Identidad de género*

Respecto a la *construcción del estigma y la identidad de género*, en este estudio se reconoció la presencia de estigma público tanto en los/as estudiantes que se identificaron con el género masculino y femenino. Pero en cuanto al autoestigma se encontraron diferencias de género, donde los estudiantes que se identificaron con el género masculino han experimentado mayor estigma, y perciben que en los hombres de anteriores generaciones esto es aún mayor. En este estudio también se reconoció que los estereotipos de género limitan la posibilidad de que los hombres manifiesten algún problema de salud mental, y mucho más que lo puedan expresar porque pone en cuestionamiento su masculinidad. Este resultado coincide con otros estudios realizados en población universitaria, que encuentran que es más probable que los hombres se identifiquen con el estigma personal en comparación con las mujeres, lo que se fundamenta con otro estudio que indica que identificarse con el género femenino es un factor protector del estigma (Chang et al., 2017). Sin embargo, se encontró que este resultado también difiere con un estudio de Corrigan (2016) en población universitaria, sobre la relación entre el estigma, enfermedades mentales y su revelación. Estudio que reportó que el estigma condiciona la revelación de la enfermedad mental entre los estudiantes universitarios, así también el deseo de revelación predijo la búsqueda de ayuda, pues los hombres tuvieron mayor probabilidad de revelar su enfermedad y buscar ayuda en contraposición de las mujeres. Otro estudio concluyó también que los resultados asociados al género y el estigma de la enfermedad mental son inconsistentes, por lo que algunos de ellos encuentran que el estigma no depende del género (Schnittker, 2000 citado en Rodríguez-Meirinhos & Antolín-Suárez, 2020), y otros observan que los hombres estigmatizan más que las mujeres (e. g. Holman, 2015; Pascucci et al., 2017 citado en Rodríguez-Meirinhos & Antolín-Suárez, 2020).

Otro factor que los/as estudiantes percibieron que interviene en la construcción de la estigmatización de la enfermedad mental son los estereotipos de género, porque refuerzan las creencias negativas y erróneas sobre las enfermedades mentales, y propagan acciones de discriminación hacia las personas con algún trastorno mental dependiendo del género con el que se identifiquen. De esta forma, en las entrevistas los/as jóvenes manifestaron que cuando expresaron su malestar causado por la enfermedad mental recibieron respuestas, como: -en el caso de las mujeres- “estas en tus días”, “es por la regla”, “son las hormonas”; y en el caso de los hombres, frases como: “los hombres son fuertes”, “los hombres no lloran”. A pesar de que la información centrada en las características de los estereotipos de género y su relación con el estigma es escasa en la población universitaria, se encontró un estudio que retroalimenta los resultados encontrados, a través de una investigación que exploró la relación de los estereotipos de género sobre los trastornos mentales y el estigma. Donde se muestra que los niveles de estigma varían significativamente según el trastorno en cuestión (Crisp et al., 2000, 2005; Feldman & Crandall, 2007, citado en Boysen, Ebersole, Casner, & Coston, 2014). Por lo tanto, concluyen que, si bien los estereotipos de género y los trastornos mentales se entrecruzan, existen diferencias en el estigma de los trastornos mentales masculinos y femeninos. En tanto que, los problemas de salud mental de los hombres tienden a involucrar síntomas de externalización, mientras que los síntomas de salud mental de las mujeres tienden a involucrar síntomas de internalización (Eaton et al., 2012, citado en, Boysen et al., 2014).

Por lo que, es probable que las percepciones de masculinidad y estigma se correlacionen positivamente debido a la tendencia de los hombres a exhibir síntomas externalizantes altamente estigmatizados. Estos resultados demostraron que el aumento de la masculinidad de los trastornos se asocia con un aumento del estigma (Boysen et al., 2014). Por lo tanto, es posible hipotetizar que los estereotipos de género agravan la construcción del estigma.

Por otro lado, en cuanto al *estigma como barrera para la búsqueda de ayuda profesional en relación con la identidad de género*, en este estudio se evidenció que el género es otra variable que interviene en la búsqueda de ayuda profesional y propicia el retraso de intervenciones especializadas. Además, se reconoció que los/as estudiantes que se identificaron con el género masculino permanecieron más tiempo con sintomatología hasta llegar a buscar ayuda de un profesional, por temor frente a las creencias de género

establecidas a nivel social que ponían en cuestionamiento su masculinidad. Resultado que se retroalimenta en un estudio de González et al. (2011), donde reconocen que en los adolescentes hombres existe un retraso en el proceso para buscar ayuda profesional, en comparación con las mujeres, además, esta población accede a buscar ayuda profesional cuando los síntomas son más graves, pues perciben que son estigmatizados por tener un tratamiento de salud mental. Resultados similares a otro estudio que explicó la no búsqueda de ayuda entre adultos jóvenes (de 16 a 24 años de edad) con angustia mental, donde identificaron que los hombres buscan menos ayuda que las mujeres, teniendo mayores consecuencias relacionadas con una mayor tasa de muertes por suicidios (Biddle, Donovan, Sharp, & Gunnell, 2007).

Así mismo en un estudio de Nam et al. (2010) concluyeron que el género es una variable que está directamente relacionada con la actitud de buscar ayuda de un profesional en salud mental. Otro estudio de Möller-Leimkühler (2002) mostró que de acuerdo a las normas sociales de masculinidad tradicional asumir un rol de género masculino implica mayor dificultad para reconocer un malestar emocional y los síntomas que provoca, permaneciendo en un estado de inexpresividad, en donde la debilidad y la necesidad de ayuda no forman parte del ser hombre.

Por otro lado, aunque se conoce poco sobre los mecanismos que influyen en el comportamiento de búsqueda de ayuda en salud mental en personas transgénero. Un estudio identifica que los estresores vinculados al rechazo social que produce el estigma hacia esta población, afectan la búsqueda de ayuda profesional (Guzmán-González et al., 2020). Resultado que coincide con uno de los hallazgos de este estudio, donde se evidencia que la búsqueda de ayuda de una joven transfemenina estuvo limitada por el estigma hacia su identidad de género, en primera instancia dentro de su contexto familiar, y una vez que logró acceder a los servicios de salud mental, se encontró con profesionales que tenían de igual forma cierto grado de estigma que limitó la continuidad de la joven en este espacio de salud.

7. LIMITACIONES

Una de las limitaciones encontradas en este estudio tiene relación con la muestra, porque al ser una población muy específica, proveniente de una universidad pública de Santiago, que accedió a participar de un estudio sobre un tema que ya tenían conocimiento previo

desde su propia experiencia y que la mayoría al menos una vez en la vida había accedido a ayuda profesional. Asimismo, la muestra de este estudio era bastante homogénea respecto al estrato socioeconómico, el cual fluctuaba entre medio y medio alto, además, de que todos/as habían alcanzado una educación superior, por lo que, se observaron que los/as jóvenes tenían más barreras de acceso estructurales más que relacionadas al estigma. Por todo lo anterior, esta muestra suponía contar con una población mayormente sensibilizada ante el tema, en comparación con la población general. Por lo tanto, los resultados no podrían ser generalizados en otro tipo de población.

En cuanto al proceso metodológico, éste se vio atravesado por la crisis sanitaria vivida durante la pandemia de Covid-19. Por lo que, las entrevistas se realizaron de manera virtual, lo que en algunas ocasiones generó interferencias de comunicación, y pérdida de lenguaje no verbal. Sin embargo, la modalidad virtual permitió superar las barreras de distancia y acceso en el caso de estudiantes que en el momento de la entrevista se encontraban en otras regiones de Chile, además de que se logró obtener la información necesaria porque las personas se sintieron cómodas.

8. PROYECCIONES A FUTURO

Al reflexionar sobre los hallazgos obtenidos, se considera importante replicar esta investigación en otras poblaciones como: población trans y minorías étnicas, porque se sabe que estas poblaciones tienen mayor vulnerabilidad y riesgo de padecer enfermedades mentales. Además, se debe investigar el estigma en personas que no hayan experimentado en su vida un problema de salud mental y riesgo suicida, porque son grupos menos sensibles al tema y proclives a estigmatizar.

Se podría profundizar en los factores que contribuyen a la persistencia del autoestigma en la población de este estudio mediante nuevas investigaciones cualitativas y cuantitativas. Además, es importante realizar estudios que permitan esclarecer la relación de los estereotipos de género con el estigma de enfermedad mental. Por el momento, es posible hipotetizar que los estereotipos de género agravan la construcción del estigma, aunque es difícil especificar cómo se produce esta relación.

Respecto al nivel socioeconómico, en este estudio no se pudo profundizar sobre el tema porque la muestra era bastante homogénea, aun así, en la experiencia de una de las

entrevistadas quien pertenecía a la primera generación de universitarios en su familia y era de un nivel socioeconómico medio bajo, se encontraron mayores elementos de estigma a nivel persona y familiar, sin embargo, este hallazgo vale la pena corroborarlo en diferentes estratos económicos.

Además, es importante ampliar la muestra a otros periodos etarios, a partir del cuestionamiento de qué está pasando con población de la básica y la media, sabiendo que la construcción del estigma tiene su origen mucho antes que las personas lleguen a la universidad.

En relación a las propuestas, es importante realizar estudios que exploren intervenciones a largo plazo dirigidas a disminuir el estigma hacia trastornos mentales comunes. A partir del antecedente de que la mayoría de los estudios se orientan a intervenciones que demuestran efectividad a corto y mediano plazo para trastornos o enfermedades mentales graves.

La escasa evidencia encontrada alrededor del impacto de las redes sociales, supone un reto para la investigación futura, todo esto presumiendo que éstas pueden ser un medio para diseñar programas que superen desafíos del estigma como barrera para la búsqueda de ayuda en la población universitaria.

Finalmente, es necesario realizar investigación que permita elaborar mejores modelos de articulación intersectorial entre el sistema de salud, educativo y de protección social de los/as jóvenes en su curso de vida, que disminuyan el estigma como barrera para la búsqueda de ayuda profesional y mitiguen sus efectos negativos. Además, complementar con estudios de intervención, y evaluar las propuestas generadas por los/as jóvenes en este estudio.

9. CONCLUSIONES

En conclusión, en este estudio es interesante evidenciar una percepción disminuida del estigma a nivel público, no así a nivel del estigma personal o autoestigma. Factores como el movimiento feminista, el levantamiento social del 2019, y las estrategias de comunicación alrededor de la promoción de salud mental en medio de la pandemia por Covid-19, se han convertido en factores que ayudaron a visibilizar los problemas de salud mental y en consecuencia a disminuir el estigma público percibido. No obstante, no queda

claro cuáles fueron los factores que contribuyeron a la persistencia del autoestigma en esta población, de ahí la necesidad de nuevos estudios para esclarecerlo.

En el mismo sentido, este estudio contradice la evidencia de que la protesta y movimiento social es poco efectivo en la reducción del estigma. Sin embargo, fue generalizada la percepción de que el movimiento feminista y social contribuyeron a problematizar la enfermedad mental y su estigma. Es necesario tener mayor evidencia local que permita sostener este hallazgo o descartarlo como estrategia para la disminución del estigma.

Los resultados de esta investigación pueden favorecer al diseño de futuras intervenciones que fortalezcan la disminución del estigma y mitiguen sus consecuencias. Un resultado importante a destacar de este estudio fue el rol primario que dan los/as jóvenes a las instancias del Estado y educativas, que deberían promover estrategias e intervenciones que permitan visibilizar la salud y la enfermedad mental como una realidad intergeneracional. Además, abordando circunstancias estructurales que perpetúan el estigma y agravan la enfermedad mental. Para todo ello se requiere, modificar el currículo educativo y a crear políticas públicas de protección social que den relevancia al bienestar emocional y mental en el ámbito escolar en equilibrio con lo cognitivo.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adimark. (2000). *El Nivel Socioeconómico ESOMAR, Manual de aplicación*. 1–8.
Retrieved from
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yNji2pCiShcJ:bit.ly/sGxdFZ+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=cl>
- Al-Darmaki, F., Thomas, J., & Yaaqeib, S. (2016). Mental Health Beliefs Amongst Emirati Female College Students. *Community Mental Health Journal*, 52(2), 233–238. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9918-9>
- Amengual, G. (2018). El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. *Tópicos. Revista de Filosofía de Santa Fe*, (15), 5–30. <https://doi.org/10.14409/topicos.v0i15.7480>
- Antúnez Sanhueza, Z., & Vinet, E. V. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista Médica de Chile*, 141(2), 209–216. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000200010>
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Frank, R., & Lewis, G. (2006). Inequities in mental health care after health care system reform in Chile. *American Journal of Public Health*, 96(1), 109–113. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.055715>
- Aretio, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23(0), 289–300. <https://doi.org/10.5209/CUTS.8332>
- Arnaiz, A., & Uriarte, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 6(26), 5.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Assefa, D., Shibre, T., Asher, L., & Fekadu, A. (2012). Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: A cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry*, 12(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-239>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., ... Kessler, R. C. (2018). WHO world mental health surveys international college

- student project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623–638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- Aymá, A. (2015). Estigma y construcción narrativa: : el nosotros y el ellos en relatos de una inundación. *Discurso & Sociedad*, 9(3), 222–248.
- Baader, T. M., Rojas, C. C., Molina, J. L. F., Gotelli, M. V., Alamo, C. P., Fierro, C. F., ... Dittus, P. B. (2014). Diagnostic of the prevalence of mental health disorders in college students and associated emotional risk factors. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 52(3), 167–176. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272014000300004>
- Balash, M., Casado, J., & SCCL, S. S. (2016). EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACION EN SALUD MENTAL. Retrieved May 11, 2022, from <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estigma-salud-mental-2016.pdf>
- Barrera-Herrera, A., Baeza-Rivera, M. J., Escandón-Nagel, N., Constanzo, J., Moya, E., Escobar, B., ... Escobar, B. (2022). Crisis social chilena y salud mental: una mirada desde el ciclo vital. *Revista de Psicología (PUCP)*, 40(1), 241–263. <https://doi.org/10.18800/PSICO.202201.008>
- Barrera-Herrera, A., & Vinet, E. V. (2017). Emerging adulthood and cultural characteristics of the stage in Chilean university students. *Terapia Psicológica*, 35(1), 47–56. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082017000100005>
- Basilio, H. (2019). *Complejidad social: un análisis necesario*.
- Bhavsar, V., Schofield, P., Das-Munshi, J., & Henderson, C. (2019). Regional differences in mental health stigma-Analysis of nationally representative data from the Health Survey for England, 2014. *PloS One*, 14(1). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0210834>
- Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., & Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociology of Health and Illness*, 29(7), 983–1002. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01030.x>
- Bondi, L., & Burman, E. (2019). Women and Mental Health: A Feminist Review: <https://doi.org/10.1080/01417780122133>, 68(1), 6–33.

<https://doi.org/10.1080/01417780122133>

Boysen, G., Ebersole, A., Casner, R., & Coston, N. (2014). Gendered mental disorders: Masculine and feminine stereotypes about mental disorders and their relation to stigma. *Journal of Social Psychology, 154*(6), 546–565.

<https://doi.org/10.1080/00224545.2014.953028>

Brown, R. L. (2017). Understanding the influence of stigma and discrimination for the functional limitation severity – psychological distress relationship: A stress and coping perspective. *Social Science Research, 62*, 150–160.

<https://doi.org/10.1016/J.SSRESEARCH.2016.08.002>

Bruffaerts, R., Mortier, P., Auerbach, R. P., Alonso, J., Hermsillo De la Torre, A. E., Cuijpers, P., ... Kessler, R. C. (2019). Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first year college students. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 28*(2), e1764.

<https://doi.org/10.1002/mpr.1764>

Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2015a). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 44*(4), 243–250. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.003>

Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2015b). The Stigma-discrimination Complex Associated with Mental Disorder as a Risk Factor for Suicide. *Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. 44*, pp. 243–250. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.003>

Canfield, B. A., & Cunningham, H. A. (2018). Deconstructing stigma in mental health. *Deconstructing Stigma in Mental Health, 5*, 1–307. <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-3808-0>

Cárdenas Neira, C. (2013). SOCIEDAD Y DISCURSO Teun A. Van Dijk. *Literatura y Lingüística, 401*(28), 287–292. <https://doi.org/10.4067/s0716-58112013000200015>

Carpiniello, B., & Pinna, F. (2017, March). The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Frontiers in Psychiatry, Vol. 8*, p. 1.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00035>

CARVACHO, R., MORÁN-KNEER, J., MIRANDA-CASTILLO, C., FERNÁNDEZ-

- FERNÁNDEZ, V., MORA, B., MOYA, Y., ... VALDIVIA, C. (2021). Effects of the covid-19 confinement on mental health among higher education students in chile. *Revista Medica de Chile*, 149(3), 339–347. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000300339>
- Castán, I. (2014). El estigma de la enfermedad mental en jóvenes universitarios: estudio comparativo.
- Chang, S., Ong, H. L., Seow, E., Chua, B. Y., Abdin, E., Samari, E., ... Subramaniam, M. (2017). Stigma towards mental illness among medical and nursing students in Singapore: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018099>
- Clement, S., Lassman, F., Barley, E., Evans-Lacko, S., Williams, P., Yamaguchi, S., ... Thornicroft, G. (2013). Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009453.PUB2>
- Corrigan, P. W., Kosyluk, K. A., Markowitz, F., Brown, R. L., Conlon, B., Rees, J., ... Al-Khouja, M. (2016). Mental illness stigma and disclosure in college students. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 25(3), 224–230. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101056>
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsçh, N. (2012, October 1). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, Vol. 63, pp. 963–973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P. W., & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, Vol.46(1), 42–48. <https://doi.org/10.3928/02793695-20080101-04>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 16–20.
- Costello, E. J., Foley, D. L., & Angold, A. (2006). 10-Year Research Update Review:

The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: II. Developmental Epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(1), 8–25.

<https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000184929.41423.C0>

Crocker, J., & Major, B. (1989). Social Stigma and Self-Esteem : The Self-Protective Properties of Stigma on self-esteem . Later in this article , we will consider variables. *Psychological Review*, 96(4), 608–624. Retrieved from <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=1990-04498-001&S=L&D=pdh&EbscoContent=dGJyMMTo50Sep7c4yOvqOLCmr1Gep7dSsqq4TK6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusVCxqrFRuePfgeyx44Dt6fIA>

Cuijpers, P., Auerbach, R. P., Benjet, C., Bruffaerts, R., Ebert, D., Karyotaki, E., & Kessler, R. C. (2019). The World Health Organization World Mental Health International College Student initiative: An overview. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), e1761. <https://doi.org/10.1002/mpr.1761>

Cutcliffe, J. R., & Hannigan, B. (2001). Mass media, “monsters” and mental health clients: The need for increased lobbying. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4), 315–321. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00394.x>

Dardas, L. A., & Simmons, L. A. (2017). A Nationally Representative Survey of Depression Symptoms among Jordanian Adolescents: Associations with Depression Stigma, Depression Etiological Beliefs, and Likelihood to Seek Help for Depression. *ProQuest Dissertations and Theses*, 310. Retrieved from <https://dukespace.lib.duke.edu/dspace/handle/10161/14440>

Dias, S., & Wang, X. (2021). Exploring participants’ experiences of mental health and stigma in American colleges. *Journal of American College Health*. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1954652>

Díez, A. (2017). Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr*, 37(131), 127–143. Retrieved from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100008

Ebert, D. D., Mortier, P., Kahlke, F., Bruffaerts, R., Baumeister, H., Auerbach, R. P.,

- ... Kessler, R. C. (2019). Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), e1782. <https://doi.org/10.1002/mpr.1782>
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 522–541. <https://doi.org/10.1177/1077558709335173>
- Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2012). Help Seeking for Mental Health on College Campuses: Review of Evidence and Next Steps for Research and Practice. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(4), 222–232. <https://doi.org/10.3109/10673229.2012.712839>
- Enriquez, V. (2020). *Pinel el reformador de la psiquiatría , remover las cadenas a los locos , ¿ verdad o mito ?* (October). <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.20716.18560>
- Errázuriz Arellano, P., Valdés, C., Vöhringer, P. A., & Calvo, E. (2015). Mental health financing in Chile: A pending debt. *Revista Medica de Chile*, 143(9), 1179–1186. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872015000900011>
- Fernandez, A., Howse, E., Rubio-Valera, M., Thorncraft, K., Noone, J., Luu, X., ... Salvador-Carulla, L. (2016, June 30). Setting-based interventions to promote mental health at the university: a systematic review. *International Journal of Public Health*, Vol. 61, pp. 797–807. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0846-4>
- Ferrie, J., Miller, H., & Hunter, S. C. (2020). Psychosocial outcomes of mental illness stigma in children and adolescents: A mixed-methods systematic review. *Children and Youth Services Review*, 113, 104961. <https://doi.org/10.1016/J.CHILDYOUTH.2020.104961>
- Foster, S., & O’Mealey, M. (2022). Socioeconomic status and mental illness stigma: the impact of mental illness controllability attributions and personal responsibility judgments. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 31(1), 58–65. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1875416>
- Garriott, P. O., Raque-Bogdan, T. L., Yalango, K., Ziemer, K. S., & Utley, J. (2017).

Intentions to seek counseling in first-generation and continuing-generation college students. *Journal of Counseling Psychology*, 64(4), 432–442.

<https://doi.org/10.1037/COU0000210>

Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada* (1era ed.; Amorrortu, Ed.). Buenos Aires.

Gonzalez, J. M., Alegría, M., Prihoda, T. J., Copeland, L. A., & Zeber, J. E. (2011).

How the relationship of attitudes toward mental health treatment and service use differs by age, gender, ethnicity/race and education. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(1), 45–57. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0168-4>

Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>

Guzmán-González, M., Barrientos, J., Saiz, J. L., Gómez, F., Cárdenas, M., Espinoza-Tapia, R., ... Giami, A. (2020). Salud mental en población transgénero y género no conforme en Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(8), 1113–1120. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000801113>

Hamilton, S., Lewis-Holmes, E., Pinfold, V., Henderson, C., Rose, D., & Thornicroft, G. (2014). Discrimination against people with a mental health diagnosis: Qualitative analysis of reported experiences. *Journal of Mental Health*, 23(2), 88–93. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.880408>

Hansson, L., Stjernswärd, S., & Svensson, B. (2016). Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009-2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134 Suppl, 71–79. <https://doi.org/10.1111/ACPS.12609>

Harris, T. B., Udoetuk, S. C., Webb, S., Tatem, A., Nutile, L. M., & Al-Mateen, C. S. (2020). Achieving Mental Health Equity: Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 43(3), 471–485. <https://doi.org/10.1016/J.PSC.2020.06.001>

- Hernández Zavala, M., Trejo Tinoco, Y., & Hernández, M. (2018). El desarrollo de habilidades el socioemocionales de los jóvenes en el contexto educativo. *Poniéndose Al Día*, 88.
- Hsin, L., Kleinman, A., Link, B., Phelan, J., Lee, S., & Good, B. (2007). *Cultura Y Estigma*. 1–12.
- Huggett, C., Birtel, M. D., Awenat, Y. F., Fleming, P., Wilkes, S., Williams, S., & Haddock, G. (2018). A qualitative study: experiences of stigma by people with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(3), 380–397. <https://doi.org/10.1111/papt.12167>
- Jiménez A., & Martínez V. (2019, March 18). Salud mental de estudiantes universitarios (II): ¿qué pueden hacer las universidades? - CIPER Chile. Retrieved May 18, 2022, from <https://www.ciperchile.cl/2019/03/18/salud-mental-de-estudiantes-universitarios-ii-que-pueden-hacer-las-universidades/>
- Jiménez, J. P., & Olhaberry, M. (2021). Salud mental en Chile: urgencias, desafíos y silencios - CIPER Chile. Retrieved May 25, 2022, from <https://www.ciperchile.cl/2021/11/08/salud-mental-en-chile-urgencias-desafios-y-silencios/>
- Kaur, A., Kallakuri, S., Kohrt, B. A., Heim, E., Gronholm, P. C., Thornicroft, G., & Maulik, P. K. (2021). Systematic review of interventions to reduce mental health stigma in India. *Asian Journal of Psychiatry*, 55. <https://doi.org/10.1016/J.AJP.2020.102466>
- Kaushik, A., Kostaki, E., & Kyriakopoulos, M. (2016). The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Research*, 243, 469–494. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2016.04.042>
- Khenti, A., Bobbili, S. J., & Sapag, J. C. (2019). Evaluation of a Pilot Intervention to Reduce Mental Health and Addiction Stigma in Primary Care Settings. *Journal of Community Health*, 44(6), 1204–1213. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00706-w>
- Kobus G, V., Calletti G, M. J., Santander T., J., Kobus G, V., Calletti G, M. J., &

- Santander T., J. (2020). Prevalencia de síntomas depresivos, síntomas ansiosos y riesgo de suicidio en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 58(4), 314–323.
<https://doi.org/10.4067/S0717-92272020000400314>
- Kosyluk, K. A., Al-Khouja, M., Bink, A., Buchholz, B., Ellefson, S., Fokuo, K., ... Corrigan, P. W. (2016). Challenging the Stigma of Mental Illness Among College Students. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 59(3), 325–331.
<https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2016.05.005>
- Kota, K. K., Salazar, L. F., Culbreth, R. E., Crosby, R. A., & Jones, J. (2020). Psychosocial mediators of perceived stigma and suicidal ideation among transgender women. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/S12889-020-8177-Z>
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, N°7, 19–36. Retrieved from <http://files.mytis.webnode.cl/200000020-f1c75f2c42/Krause, M.%3B La investigaci3n cualitativa, un campo de posibilidades y desaf3os.pdf>
- Küey, L. (2012). Stigma, women, and mental health. *Oxford Textbook of Women and Mental Health*, 4–6. <https://doi.org/10.1093/MED/9780199214365.003.0001>
- Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary Origins of Stigmatization: The Functions of Social Exclusion. *Psychological Bulletin*, 127(2), 187–208.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.187>
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 8–10. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807>
- Lanfredi, M., Macis, A., Ferrari, C., Rillosi, L., Ughi, E. C., Fanetti, A., ... Rossi, R. (2019). Effects of education and social contact on mental health-related stigma among high-school students. *Psychiatry Research*, 281, 112581.
<https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2019.112581>
- Lawrance Hsin Yanga; et al. (2007). *Cultura y estigma: la experiencia moral*. 4–15.

Retrieved from

http://archivo.estepais.com/inicio/historicos/195/1_propuesta_cultura_hsin.pdf

- Lehmann, M., Hilimire, M. R., Yang, L. H., Link, B. G., & DeVylder, J. E. (2016). Investigating the Relationship Between Self-Esteem and Stigma Among Young Adults With History of Suicide Attempts. *Crisis*, *37*(4), 265–270. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/A000399>
- León Castro, H. M. (2005). ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL: UN PUNTO DE VISTA HISTORICO-SOCIAL. *Revista De Psiquiatria Y Salud Mental Hermilio Valdizan*, *VI*(2), 33–42.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *28*(1), 43–83. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352008000100004>
- Mac-Ginty, S., Jiménez-Molina, Á., & Martínez, V. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de estudiantes universitarios en Chile. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de La Infancia y La Adolescencia.*, *32*(1), 23–37.
- Macaya Sandoval, X. C., Bustos Navarrete, C. E., Torres Pérez, S. S., Vergara-Barra, P. A., & Vicente Parada, B. de la C. (2019). Servicios de salud mental en contexto escolar TT - Health mental services within educational process. *Humanidad. Med*, *19*(1), 47–64. Retrieved from <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1382>
- Martin, F. A. (1975). La teoría de la etiqueta y el concepto de conducta desviada. *Revista Española de La Opinión Pública*, (39), 75. <https://doi.org/10.2307/40182382>
- Martin, J. M. (2010). Stigma and student mental health in higher education. *Higher*

Education Research and Development, 29(3), 259–274.

<https://doi.org/10.1080/07294360903470969>

Martínez, P., Jiménez-Molina, Á., Mac-Ginty, S., Martínez, V., Rojas, G., Martínez, P., ... Rojas, G. (2021). Salud mental en estudiantes de educación superior en Chile: una revisión de alcance con meta-análisis. *Terapia Psicológica*, 39(3), 405–426.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000300405>

Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., & Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53–58.
<https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.007>

Mascayano, F., Tapia, T., Schilling, S., Alvarado, R., Tapia, E., Lips, W., & Yang, L. H. (2016). Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 38(1), 73.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1652>

Micin, S., & Bagladi, V. (2011). Mental health in university students: Incidence of psychopathology and suicidal behavior data in the student health service users. *Terapia Psicológica*, 29(1), 53–64. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082011000100006>

MINSAL. (2020). Gobierno lanza programa para apoyar la salud mental.

MINSAL. (2021). Ley-21331 11-MAY-2021.

Miric, M., Álvaro, J. L., González, R., & Torres, A. R. R. (2018). Microsociología del estigma: aportes de Erving Goffman a la conceptualización psicosociológica del estigma social. *Psicología e Saber Social*, 6(2), 172–185.
<https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2017.33552>

Möller-Leimkühler, A. M. (2002, September 1). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 71, pp. 1–9.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00379-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00379-2)

Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillén, A., & Izquierdo, S. (2011). La Enfermedad Mental en los Medios de Comunicación: Un Estudio Empírico en

- Prensa Escrita, Radio y Televisión. *Clínica y Salud*, 22(2), 157–173.
<https://doi.org/10.5093/cl2011v22n2a5>
- Oexle, N., Ajdacic-Gross, V., Kilian, R., Müller, M., Rodgers, S., Xu, Z., ... Rüschi, N. (2017). Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(1), 53–60. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001018>
- Pablos, J., & Díez, M. (2018). *Trieste : Un modelo de atención en Salud Mental*.
- Painter, K., Phelan, J. C., DuPont-Reyes, M. J., Barkin, K. F., Villatoro, A. P., & Link, B. G. (2017). Evaluation of Antistigma Interventions With Sixth-Grade Students: A School-Based Field Experiment. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 68(4), 345–352. <https://doi.org/10.1176/APPI.PS.201600052>
- Parcesepe, A. M., & Cabassa, L. J. (2013, September). Public stigma of mental illness in the united states: A systematic literature review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, Vol. 40, pp. 384–399.
<https://doi.org/10.1007/s10488-012-0430-z>
- Pedersen, E. R., & Paves, A. P. (2014). Comparing perceived public stigma and personal stigma of mental health treatment seeking in a young adult sample. *Psychiatry Research*, 219(1), 143–150.
<https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2014.05.017>
- Pescosolido, B. A., Perry, B. L., & Krendl, A. C. (2020). Empowering the Next Generation to End Stigma by Starting the Conversation: Bring Change to Mind and the College Toolbox Project. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(4), 519–530.
<https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2019.06.016>
- Pesenti, J. C., & Araico, A. S. (2015). Estudio “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma.” *Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA*, 1–112. Retrieved from
<https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
- Ponce Lara, C., & Ponce Lara, C. (2020). El movimiento feminista estudiantil chileno

- de 2018: Continuidades y rupturas entre feminismos y olas globales. *Izquierdas*, 49, 0–0. <https://doi.org/10.4067/S0718-50492020000100280>
- Quinn, N., Wilson, A., Macintyre, G., & Tinklin, T. (2009). “People look at you differently”: Students’ experience of mental health support within higher education. *British Journal of Guidance and Counselling*, 37(4), 405–418. <https://doi.org/10.1080/03069880903161385>
- Rajgopa, A., Li, C. R., Shah, S., & Budhathoki, S. S. (2021). The use of telehealth to overcome barriers to mental health services faced by young people from Afro-Caribbean backgrounds in England during the COVID-19 pandemic. *Journal of Global Health*, 11. <https://doi.org/10.7189/JOGH.11.03040>
- Reneses, B., Lopez-Micó, C., Garcia-Andrade, R. F., Rodriguez, R., Argudo, I., Carrascosa, C., ... Thornicroft, G. (2019). Validation of the Spanish version of the discrimination and stigma scale (DISC 12). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47(4), 137–148.
- Retamal, P., Markkula, N., & Peña, S. (2016). Mental health in Chile and Finland: Challenges and lessons. *Revista Medica de Chile*, 144(7), 926–929. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000700015>
- Robinson, E. J., & Henderson, C. (2019). Public knowledge, attitudes, social distance and reporting contact with people with mental illness 2009-2017. *Psychological Medicine*, 49(16), 2717–2726. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003677>
- Rodríguez-Meirinhos, A., & Antolín-Suárez, L. (2020). Social stigma towards mental illness: Related factors and psychometric properties of the revised-attribution questionnaire. *Universitas Psychologica*, 19, 1–13. <https://doi.org/10.11144/JAVERIANA.UPSY19.ESEM>
- Rojas-Andrade, R. M., & Leiva, L. (2018). School mental health from the perspective of Chilean professionals. *Psicoperspectivas*, 17(2). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue2-fulltext-1101>
- Rössler, W. (2016). The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO Reports*, 17(9), 1250.

<https://doi.org/10.15252/EMBR.201643041>

Salgado-Levano A.C. (2007). Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación Del Rigor Metodológico Y Retos. *Liberabit*, 13(2006), 3–10. Retrieved from

<http://www.redalyc.org/pdf/686/68601309.pdf>

Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 210(4), 261–268. <https://doi.org/10.1192/BJP.BP.116.189464>

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440–452. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.2012.01826.X>

Soto Salcedo, A., Villaroel Grüner, P., & Véliz Burgos, A. (2020). Factores que intervienen en riesgo suicida y parasuicida en jóvenes Chilenos. *Propósitos y Representaciones*, 8(3). <https://doi.org/10.20511/pyr2020.v8n3.672>

Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Retrieved from http://www.academia.edu/download/38537364/Teoria_Fundamentada.pdf

Swannell, S., Martin, G., & Page, A. (2016). Suicidal ideation, suicide attempts and non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and heterosexual adults: Findings from an Australian national study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(2), 145–153. <https://doi.org/10.1177/0004867415615949>

Telesia, L., Kaushik, A., & Kyriakopoulos, M. (2020). The role of stigma in children and adolescents with mental health difficulties. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 571–576. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000644>

Trabucco, A., Aguglia, A., Amerio, A., Corsini, G., Cervetti, A., Escelsior, A., ... Amore, M. (2021). COVID-19 pandemic impact on the therapeutic setting in Mental Health Services. *Acta Bio-Medica : Atenei Parmensis*, 92(S6). <https://doi.org/10.23750/ABM.V92IS6.12227>

- Trufello Garcia, P. (2018). Concepto de familia. Aproximación desde el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, la Constitución política y la Legislación Nacional. *Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile*, 2–3. Retrieved from https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/25900/1/Informe_BCN_concepto_familia_vf.pdf<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-070-15.htm><https://deconceptos.com/ciencias-sociales/familia-disfuncional>
- Universidad de Chile. (2020). *Estrategia Nacional para Salud Mental elaborada por expertas y expertos de la U. de Chile*. 1–17.
- Valderrama-Núñez, C., & Zolezzi-Gorziglia, R. (2021). Intersectoriality and reduction of stigma in mental health: The need to move towards a decolonization of institutions, from an intercultural perspective. *Saude e Sociedade*, 30(4). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200973>
- Vaquero, C., Escudero, M. Á., Cebollero, M., Ureña, E., & Saiz, J. (2014). Mental illness and stigma in young people. A study qualitative Enfermedad mental y estigma en jóvenes. Un estudio cualitativo Enfermedad mental y estigma en jóvenes. Un estudio cualitativo. *Rehabilitacion Psicosocial*, 11(2), 1–8.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40–50. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40>
- Vornholt, P., & de Choudhury, M. (2021). Understanding the Role of Social Media–Based Mental Health Support Among College Students: Survey and Semistructured Interviews. *JMIR Mental Health*, 8(7). <https://doi.org/10.2196/24512>
- Wada, M., Suto, M. J., Lee, M., Sanders, D., Sun, C., Le, T. N., ... Chauhan, S. (2019). University students' perspectives on mental illness stigma. *Mental Health and Prevention*, 14, 200159. <https://doi.org/10.1016/j.mph.2019.200159>
- Waqas, A., Malik, S., Fida, A., Abbas, N., Mian, N., Miryala, S., ... Naveed, S. (2020a). Interventions to Reduce Stigma Related to Mental Illnesses in Educational Institutes: a Systematic Review. *The Psychiatric Quarterly*, 91(3), 887–903.

<https://doi.org/10.1007/S11126-020-09751-4>

Waqas, A., Malik, S., Fida, A., Abbas, N., Mian, N., Miryala, S., ... Naveed, S. (2020b, September 1). Interventions to Reduce Stigma Related to Mental Illnesses in Educational Institutes: a Systematic Review. *Psychiatric Quarterly*, Vol. 91, pp. 887–903. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09751-4>

Wasil, A. R., Malhotra, T., Nandakumar, N., Tuteja, N., DeRubeis, R. J., Stewart, R. E., & Bhatia, A. (2022). Improving Mental Health on College Campuses: Perspectives of Indian College Students. *Behavior Therapy*, 53(2), 348–364. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.09.004>

Yamaguchi, S., Wu, S. I., Biswas, M., Yate, M., Aoki, Y., Barley, E. A., & Thornicroft, G. (2013). Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: a systematic review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(6), 490–503. <https://doi.org/10.1097/NMD.0B013E31829480DF>

Zapata-Ospina, J. P., Patiño-Lugo, D. F., Vélez, C. M., Campos-Ortiz, S., Madrid-Martínez, P., Pemberthy-Quintero, S., ... Vélez-Marín, V. M. (2021). Mental health interventions for college and university students during the COVID-19 pandemic: a critical synthesis of the literature. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 50(3), 199–213. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.04.007>

11. ANEXOS

Anexo 1: Carta consentimiento informado

Carta de consentimiento Informado

Estigma de enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda profesional, desde la perspectiva de jóvenes universitarios/as con riesgo suicida

Patrocinante: Dra. Vania Martínez. Profesora Guía de Tesis.

Investigadora responsable: Ps.Cl. Gabriela León, estudiante de segundo año de la Maestría de Psicología Clínica con mención en Infante Juvenil, de la Universidad de Chile.

R.U.T: 26.747.703-5

Institución: Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Teléfono: 937297402

Invitación a participar: mediante esta carta, te invito a participar en el proyecto de investigación “Estigma de enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda profesional, desde la perspectiva de jóvenes universitarios/as con riesgo suicida”, debido a que, para este estudio es relevante conocer la experiencia que los/as jóvenes han tenido respecto al tema. Por lo tanto, después de leer toda la siguiente información, quisiéramos que tomes la decisión libre y voluntaria, para darnos tu consentimiento de participar en esta investigación.

Objetivo: Analizar las características del estigma de enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda profesional desde la perspectiva de jóvenes universitarios/as con riesgo suicida.

Procedimiento: tu participación en esta investigación se llevará a cabo a través de una entrevista orientada a conocer, ¿cuál ha sido tu experiencia en la construcción de la idea que ahora tienes sobre la enfermedad mental?, y ¿cómo tu familia, la sociedad, etc., han influido en esta construcción?

Esta entrevista será audio grabada, guiada y acompañada por Gabriela León responsable de esta investigación, se realizará vía online, y tendrá una duración aproximada de 1 hora.

Riesgos: La entrevista puede generar un riesgo mínimo, en caso de que se llegase a hablar de temas que te produzcan malestar a nivel emocional, por lo que, si eso sucediera, contamos con un protocolo para brindarte ayuda oportuna.

Costos: la participación en este estudio implica un costo mínimo por el uso de internet, que requieren los/as participantes para conectarse a la entrevista.

Beneficios: tu participación es importante ya que contribuirá al progreso de conocimiento en el campo de la Psicología, y, además, porque se generarán propuestas que en un futuro puede favorecer a otros jóvenes.

Compensación: esta investigación no estima ninguna compensación económica para los/as participantes.

Confidencialidad: toda la información derivada de tu participación en esta investigación será conservada en forma estrictamente confidencial y anónima, por lo que todos los pronombres personales o adjetivos que puedan identificarte, serán sustituidos por códigos. Por lo que, cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Usos potenciales de los resultados de la investigación, incluyendo los comerciales: si los resultados obtenidos cumplen con los objetivos de la investigación, se podrá utilizar como una propuesta para futuras investigaciones orientadas a la intervención.

Voluntariedad: tu participación en esta investigación es totalmente voluntaria, y te puedes retirar en cualquier momento, situación que deberá ser comunicada a la investigadora, sin que ello signifique ningún perjuicio para ti.

Complicaciones: en el caso de que tu participación en esta investigación te lleve a desestabilizarte emocionalmente, serás derivado donde una especialista quien evaluará tu estado emocional e intervendrá según el caso.

Derechos del participante: tu recibirás vía correo electrónico una copia íntegra de este documento. Si requieres cualquier otra información sobre tu participación en este estudio, puedes comunicarte con la investigadora Gabriela León al teléfono: 937297402.

Otros Derechos del participante: en caso de dudas sobre tus derechos, puedes comunicarte con el presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2 - 978 95 36, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a

un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Conclusión: Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto “Estigma de enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda profesional, desde la perspectiva de jóvenes universitarios/as con riesgo suicida”.

- Nombres completos: _____
- Rut: _____
- Fecha: _____

Acepto participar

No deseo participar

Anexo2: Preguntas directrices para entrevista semiestructurada

Entrevista Semiestructurada “Estigma de enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda profesional, desde la perspectiva de jóvenes universitarios/as con riesgo suicida”		
Datos generales:	Nombre: _____ Edad: _____ Género con el que se identifica: _____ Facultad a la que pertenece: _____ Tipo de seguro de salud: _____ ¿Cuál es el nivel de educación de la persona que aporta el ingreso principal en tu casa?: _____ ¿Cuál es la profesión o trabajo actual de esta persona?: _____	
Unidades de análisis	Niveles de análisis	Preguntas Guías
<i>Construcción del estigma de enfermedad mental</i>	Auto experiencia	Respecto a las afecciones de salud mental, cómo prefieres nombrarlas como problemas de salud mental o enfermedad mental, ¿por qué? Desde ahí, tu: ¿Consideras que tú tienes o has tenido algún problema de salud mental o una enfermedad mental? ¿Cuál es? ¿Qué ha significado para tu vida tener un problema de salud mental? ¿Quién crees que influyo en la idea o sobre lo que tu piensas acerca de los problemas de salud mental/ la enfermedad mental?

		<p>¿Me puedes describir tu cambio respecto a la forma de ver los problemas de salud mental después de que tú lo vivenciaste?</p> <p>*Actualmente estas en tratamiento, ¿cuál?, ¿qué piensas tu acerca del tratamiento psiquiátrico o psicológico?</p>
	Familia	<p>¿Tu familia conoce sobre tus problemas de salud mental?</p> <p>¿Qué piensan ellos/as sobre los problemas de salud mental?</p> <p>¿Cómo crees que se veían los problemas de salud mental/enfermedad mental en la época de tus padres, y que diferencias encuentras ahora?</p>
	Discurso social	<p>¿Qué crees que piensan tus amigos/as sobre los problemas de salud mental?</p> <p>¿Si tus amigos/as, supieran que tienes un problema de salud mental, crees que cambiarían en la forma de tratarte o relacionarse contigo?</p>
<i>Efecto del estigma de la enfermedad mental</i>	Auto experiencia	<p>Me podrías contar, ¿cómo fue tu proceso para buscar ayuda profesional? En el caso de que no haya buscado ayuda, ¿Por qué no has buscado ayuda? (si hay estigma enfatizar en eso)</p> <p>¿Identificarte con tal género..., te ayudo o te complico en la búsqueda de ayuda?, ¿Según el género, para quién crees que es más difícil pedir ayuda? ¿Por qué?</p> <p>*Me han mencionado que el movimiento feminista puede ser una red de apoyo para las personas de género femenino ¿qué opinas tú?</p> <p>¿Qué consecuencias crees que podría conllevar el tener una idea negativa o un estigma sobre la enfermedad o problemas de salud mental?</p>
	Familia	<p>¿Qué hizo tu familia cuando presentaste problemas de salud mental?</p> <p>¿De qué forma el contar con tu familia te ayudo?</p> <p>¿Crees que, habido algún cambio en la relación con tu familia, desde que presentaste problemas de salud mental?</p>
	Discurso social	

		<p>¿Qué ideas negativas o estereotipadas sobre los problemas de salud mental has podido reconocer en tus amigos, profesores, personal de salud? ¿De qué forma estas ideas afectaron tu búsqueda de ayuda?</p> <p>A partir del estallido social y la pandemia ¿Cómo crees que se ven actualmente los problemas de salud mental?</p> <p>¿Cómo crees que socialmente es percibida la depresión o la ansiedad?</p>
<p><i>Propuesta desde la perspectiva de los/as jóvenes universitarios con riesgo suicida</i></p>	<p>Auto experiencia</p>	<p>¿En este tiempo que has estado en la universidad conoces qué oportunidades de atención en salud mental brinda?</p> <p>¿Si tuvieras la oportunidad de acceder a los servicios que brinda la universidad en salud mental, lo harías o preferirías atenderte fuera de la universidad, y por qué?</p> <p>¿Conoces o has escuchado de alguien que ha utilizado los servicios de salud mental que brinda la universidad, que opinión tienen? *le daría tal vez vergüenza el acudir a algo que este dentro de la U.</p> <p>En tus propias palabras qué como definirías al estigma de la enfermedad mental.</p> <p>¿En tu colegio o en la universidad que propuestas en relación al tema de salud mental has escuchado?</p> <p>Desde lo me indicas que es el estigma de la enfermedad mental, que propondrías como estrategias o formas para disminuir este estigma.</p>

Anexo 3: Acta de aprobación de proyecto Comité de Ética



FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

(Documento en versión 2 corregida 28.05.2018)

Con fecha 31 de Julio 2020, el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, integrado por los siguientes miembros:

Dr. Manuel Oyarzún G., Médico Neumólogo, Presidente
Dra. Lucia Cifuentes O., Médico Genetista, Vicepresidente Subrogante
Sra. Claudia Marshall F., Educadora, Representante de la comunidad.
Dra. Grisel Orellana, Médico Neuropsiquiatra
Prof. Julieta González B., Bióloga Celular
Dra. Maria Angela Delucchi Bicocchi, Médico Pediatra Nefrólogo.
Dr. Miguel O’Ryan, Médico Infectólogo
Dra. Maria Luz Bascuñán Psicóloga PhD, Prof. Asociado
Sra. Karima Yarmuch G., Abogada
Srta. Javiera Cobo R., Nutricionista, Secretaria Ejecutiva

Ha revisado el Proyecto de Investigación titulado: **ESTIGMA DE ENFERMEDAD MENTAL COMO BARRERA PARA LA BÚSQUEDA DE AYUDA PROFESIONAL, DESDE LA PERSPECTIVA DE JÓVENES UNIVERSITARIOS/AS CON RIESGO SUICIDA.** Cuyo investigador responsable es la Srta. Aída León Guanín, quien corresponde al departamento de Postgrado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile (como alumna), Tutor: Dra. Vania Martínez Nahuel, CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

El Comité revisó los siguientes documentos del estudio:

- Proyecto de Tesis de Magister para optar al grado de Magister en Psicología Clínica con Mención en Psicología Clínica – Infante Juvenil
- Cv del Investigador
- Consentimiento Informado
- Carta Compromiso del investigador para comunicar los resultados del estudio una vez finalizado este

El proyecto y los documentos señalados en el párrafo precedente han sido analizados a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl





UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

Sobre la base de esta información el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los aspectos del proyecto que a continuación se señalan:

- a) Carácter de la población a estudiar (cautivo/no cautiva; investigación terapéutica/no terapéutica): Cautiva / no terapéutica.
- b) Utilidad del proyecto: Útil.
- c) Riesgos y beneficios: Bien balanceados.
- d) Protección de los participantes (asegurada por el consentimiento informado): Sí.
- e) Notificación oportuna de reacciones adversas: No aplica
- f) Compromiso del investigador responsable en la notificación de los resultados del estudio al finalizar el proyecto: Sí.
- g) Requiere seguimiento visita en terreno: si X no tiempo estimado:
Nº de vistas:1

Por lo tanto, el comité estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

Este comité también analizó y aprobó los correspondientes documentos de Consentimiento Informado en su versión modificada recibida el 19 de junio 2020, que se adjunta firmado, fechado y timbrado por este CEISH.

Sin perjuicio de lo anterior, según lo establecido en el artículo 10 bis del D.S N° 114 de 2011, del Ministerio de Salud que aprueba el reglamento de la ley N° 20.120; es preciso recordar que toda investigación científica en seres humanos deberá contar con la autorización expresa del o de los directores de los establecimientos dentro de los cuales se efectúe, la que deberá ser evacuada dentro del plazo de 20 días hábiles contados desde la evaluación conforme del CEISH, siendo de responsabilidad del investigador enviar a este Comité una copia de la misma dentro del plazo señalado.

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl





UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Se extiende este documento por el periodo de **2 años** a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

Lugar de realización del estudio:

- Entrevistas online

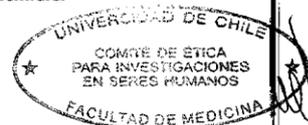


COMITÉ DE ÉTICA
PARA INVESTIGACIONES
EN SERES HUMANOS
Srta. Javiera Cobo Riveros
Secretaria Ejecutiva CEISH

Santiago, 31 de Julio de 2020.

Proyecto: N° 080-2020
Archivo acta: N° 047

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl



31 JUL 2020

Cómo aplicar el NSE Esomar

- El NSE Esomar se basa en sólo dos variables:
 - El nivel de educación alcanzado por el principal sostenedor del hogar.
 - La categoría ocupacional del principal sostenedor del hogar.
- Ambas variables se combinan en una “Matriz de Clasificación Socio-Económica”, según modelo adjunto, la que determina el NSE de cada familia de acuerdo a las combinaciones entre ambas variables. Se generan 6 grupos:
 - A = Muy Alto
 - B = Alto
 - Ca = Medio -Alto
 - Cb = Medio
 - D = Medio-Bajo
 - E = Bajo

} Equivale al antiguo grupo ABC1
} Equivale al antiguo grupo C2
} Equivale al antiguo grupo C3
} Equivale al antiguo grupo D
} Equivale al antiguo grupo E (pobreza Casen)
- En caso que el principal sostenedor no esté activo laboralmente (jubilado, cesante, inexistente, o simplemente sea no clasificable) entonces se utiliza un batería de 6 bienes. En estos casos, el NSE se determina por el número de estos bienes que se posee en el hogar. Se incluye tabla y puntajes de clasificación.

Preguntas para las variables básicas: Educación.

- **1. Educación del principal sostenedor del hogar.**

La pregunta a utilizar, y sus categorías de respuesta, es como sigue:

Pregunta: “¿Cuál es el nivel de educación que alcanzó la persona que aporta el ingreso principal de este hogar?”

Alternativas de respuesta:

1. Educación básica incompleta o inferior.
2. Básica completa.
3. Media incompleta (incluyendo Media Técnica).
4. Media completa. Técnica incompleta.
5. Universitaria incompleta. Técnica completa.
6. Universitaria completa.
7. Post Grado (Master, Doctor o equivalente).

Preguntas para las variables básicas:

Categoría Ocupacional

- **2. Categoría Ocupacional del principal sostenedor del hogar.**

La pregunta a utilizar, y sus categorías de respuesta, es como sigue:

Pregunta: “¿Cuál es la profesión o trabajo de la persona que aporta el principal ingreso de este hogar? Por favor describa. (Se recomienda dejar al entrevistado describir la actividad con sus palabras, e indagar si es poco claro. Luego, el entrevistador debe clasificar según las categorías siguientes.)

Alternativas de respuesta:

1. Trabajos menores ocasionales e informales (lavado, aseo, servicio doméstico ocasional, “pololos”, cuidador de autos, limosna).
2. Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato.
3. Obrero calificado, capataz, junior, micro empresario (kiosco, taxi, comercio menor, ambulante).
4. Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección. Técnico especializado. Profesional independiente de carreras técnicas (contador, analista de sistemas, diseñador, músico). Profesor Primario o Secundario
5. Ejecutivo medio (gerente, sub-gerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de carreras tradicionales (abogado, médico, arquitecto, ingeniero, agrónomo).
6. Alto ejecutivo (gerente general) de empresa grande. Directores de grandes empresas. Empresarios propietarios de empresas medianas y grandes. Profesionales independientes de gran prestigio.

La Matriz de Clasificación Socio Económica

- Las dos variables antes definidas conforman los estratos socio-económicos, de acuerdo a la siguiente matriz.
- La matriz es incluyente, en el sentido que considera todas las posibles combinaciones de valores. Algunas de ellas son muy poco probables.
- Esta matriz se aplica sólo cuando existe un principal sostenedor del hogar que es activo laboralmente. Si esta persona es jubilado o está desempleado, entonces debe usarse la tabla de bienes que se describe más adelante.

La Matriz de Clasificación Social Modificada

	1. Trabajos menores ocasionales e informales (lavado, aseo, servicio doméstico ocasional, "pololos", cuidador de autos, limosna).	2. Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato.	3. Obrero calificado, capataz, microempresario (kiosko, taxi, comercio menor, ambulante)	4. Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección. Técnico especializado. Profesional independiente de carreras técnicas (contador, analista de sistemas, diseñador, músico). Profesor Primario o Secundario	5. Ejecutivo medio (gerente, sub-gerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de carreras tradicionales (abogado, médico, arquitecto, ingeniero, agrónomo).	6. Alto ejecutivo (gerente general) de empresa grande. Directores de grandes empresas. Empresarios propietarios de empresas medianas y grandes. Profesionales independientes de gran prestigio.
1. Básica incompleta o menos	E	E	D	CB	CB	CA
2. Básica completa	E	D	D	CB	CB	CA
3. Media incompleta. Media técnica completa (liceo industrial o comercial)	D	D	D	CB	CA	CA
4. Media completa. Superior técnica incompleta (instituto)	D	D	CB	CB	CA	B
5. Universitaria incompleta. Superior técnica completa (Instituto)	CB	CB	CA	CA	CA	B
6. Universitaria completa	CB	CB	CA	CA	B	A
7. Post grado (master, doctorado o equivalente)	CB	CB	CA	B	A	A