

**Estigma hacia Personas con Problemas de Salud Mental entre Profesionales de la Salud en
Formación: Una Revisión de Literatura Sistemática**

Juan J. Guerra Rodríguez

Disertación Doctoral presentada a la facultad del Departamento de Ciencias Sociales, Educación
y Humanidades como un requisito parcial del grado Doctoral de Psicología Clínica con
Concentración en Consejería Psicológica del Recinto de San Germán de la Universidad
Interamericana de Puerto Rico

Noviembre 2023

**ESTIGMA HACIA PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE
PROFESIONALES DE LA SALUD EN FORMACIÓN: UNA REVISIÓN DE
LITERATURA SISTEMÁTICA**

Por

Juan J. Guerra Rodríguez

Nosotros, los miembros del Comité de Disertación Doctoral y del Comité de Defensa del estudiante Juan J. Guerra Rodríguez, certificamos que la investigación sometida por este cumple con los requisitos para las disertaciones doctorales establecidos por el Programa Graduado en Psicología del Recinto de San Germán de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, y para que así conste firmamos certificando la aprobación de esta.

Aprobada: 31 de octubre de 2023

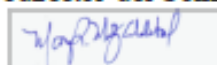
Fecha



Dra. Jomaira Ross Casiano, PsyD
Directora del Comité



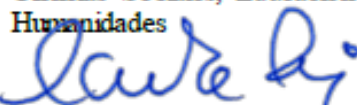
Dr. Walter Rodríguez Irizarry, PsyD
Codirector del Comité



Dra. Mary Luz Martínez Aldebol
Directora, Departamento de
Ciencias Sociales, Educación y
Humanidades

15 de noviembre de 2023

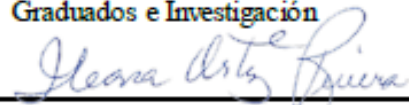
Fecha



Carlos Irizarry Guzmán, DBA
Director, Escuela de Estudios
Graduados e Investigación

15 de noviembre de 2023

Fecha



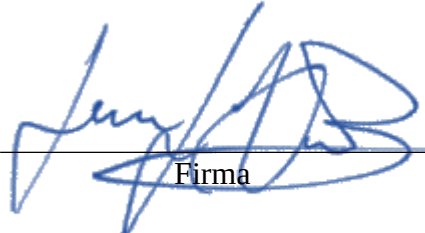
Dra. Ileana Ortiz Rivera
Decana Interina de Asuntos
Académicos

16 de noviembre de 2023

Fecha

Certificación de Autoría

Yo, Juan J. Guerra Rodríguez, certifico que la propuesta titulada *Estigma hacia Personas con Problemas de Salud Mental entre Profesionales de la Salud Mental en Formación: Una Revisión de Literatura Sistemática*, la cual presento como requisito del Programa Graduado en Psicología del Recinto de San Germán de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, es el producto de mi labor investigativa. Asimismo, doy fe que este trabajo es uno original e inédito. Al firmar esta certificación garantizo que este trabajo cumple con las disposiciones éticas y profesionales sobre autoría.



Firma

Dedicatoria

Dedicado primeramente a Dios, que me ha brindado la fortaleza para luchar todos estos años de educación doctoral para lograr alcanzar uno de mis sueños, ayudar y servir a otros. A mis hijos, Alondra P. Guerra Hernández y Juan J. Guerra Hernández. Dedicado a mi madre, Gloria Rodríguez Reyes, quien nunca ha dejado de creer en mí y a mi padre, que en paz descansa, Esteban Guerra Alicea. Gracias a ambos por su amor incondicional. A mi amada esposa, Mabel Malavé Quiles por su apoyo y paciencia. Gracias a todos por su comprensión, sin ustedes no hubiese llegado donde estoy. Los amo. Con Dios todo, sin Dios nada.

Resumen

La salud mental trastoca pensamientos, sentimientos y conductas en la vida de las personas con algún trastorno diagnosticado. Los conduce a imágenes negativas de sí mismos y a relaciones no satisfactorias. Ya de por sí, cargar con un diagnóstico de salud mental es un reto. El estigma hacia las enfermedades mentales es un tema controvertido socialmente. La estigmatización asociada a esta condición es visible en todos los ámbitos, en la sociedad en general, las instituciones y la familia. Es un determinante social que se ha identificado como el mayor obstáculo en la búsqueda de tratamiento, de adherencia y de recuperación en las personas con el diagnóstico. Las actitudes más frecuentes asociadas a estos colectivos son la peligrosidad e incapacidad. En la dimensión conductual se traduce a distanciamiento social. Los profesionales de la salud mental en formación son seres humanos que pertenecen a diferentes grupos en la sociedad. Considerando esto, en efecto, no son inmunes a las actitudes estigmatizantes hacia la enfermedad mental (EM). Esta revisión de literatura sistemática nace debido al supuesto de que los profesionales de la salud mental no deberían presentar estigma dirigido a personas con problemas de salud mental. Esta disertación propone revisar la literatura sistemáticamente en busca de lo que otros autores han descubierto en sus estudios sobre el fenómeno de la estigmatización de estudiantes en formación en salud mental hacia aquellos con un trastorno diagnosticado.

Tabla de Contenido

Certificación de Autoría.....	03
Dedicatoria.....	04
Resumen.....	05
Lista de Tablas	08
Lista de Apéndices	09
CAPÍTULO I	11
INTRODUCCIÓN	11
Origen del Problema	14
Planteamiento del Problema	16
Marco Teórico o Conceptual	19
Propósito	26
Preguntas Guías	27
Objetivos de Conocimiento.....	27
Definición de Términos Relevantes.....	29
Porque una Revisión de Literatura Sistemática	29
CAPÍTULO II	31
REVISIÓN DE LITERATURA	31
El Concepto de Salud Mental	31
¿Qué es Estigma?	33
Estigma y la Discriminación	37
Estigma en el Profesional de la Salud.....	38
Integración	44

Búsqueda de Literatura	46
Fases de la Revisión de Literatura	46
Procesos de Consulta	47
Bases de Datos	47
Términos de Búsqueda.....	48
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	50
Evaluación de la Calidad de los Estudios	54
CAPÍTULO III.....	56
MÉTODO	56
Análisis de Datos	57
Reducción y Despliegue de Datos	57
Comparación y Conclusión de Datos.....	58
Análisis Temático	58
Exclusión de los Estudios	59
Rigor Ideológico	60
Síntesis del Capítulo	61
CAPÍTULO IV.....	63
RESULTADOS.....	63
Metodología	63
Evaluación de Calidad de los Estudios	64
Inventarios y Medidas.....	73
Profesionales de la Salud Mental en Formación y el estigma en el Estudio Exhaustivo...	74
CAPÍTULO V.....	91

DISCUSIÓN.....	91
Marco Teórico y su Relación con el Estigma en los Profesionales de la Salud Mental en Formación	95
Limitaciones de la Investigación	98
Implicaciones para la Comunidad Psicológica	98
Conclusión y Recomendaciones	99
Referencias.....	102
Apéndices.....	123

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Términos de Búsqueda y Cantidad de Artículos por Base de Datos	49
2. Criterios de Inclusión y Exclusión	51
3. Estudios Incluidos y Bases de Datos	53
4. Evaluación de Calidad para Estudios Cuantitativos	54
5. Evaluación de Calidad para Estudios Cualitativos	55
6. Artículos Excluidos con su Respectiva Razón de Exclusión.....	59
7. Metodología de los Estudios.....	63
8. Evaluación de Calidad para Estudios Cuantitativos (todos)	64
9. Orden de Puntuación de Calidad en Artículos Cuantitativos según las Guías QualSys.....	70
10. Evaluación de Calidad para Estudios Mixtos (Cualitativos/Cuantitativos).....	71
11. Orden de Puntuación de Calidad en Artículos Mixtos.....	73
12. Inventarios y Medidas.....	74

Lista de Apéndices

Apéndice	Página
Apéndice A: Tabla de Bases de Datos y Términos de Búsqueda	124
Apéndice B: Flujograma de PRISMA (en línea)	125
Apéndice C: Tabla de Estudios Incluidos y Bases de Datos	126
Apéndice D: Tabla de Artículos Excluidos y Razón de Exclusión.....	127
Apéndice E: Evaluación de Calidad para Estudios Cuantitativos	128
Apéndice F: Evaluación de Calidad para Estudios Mixtos (cualitativos/cuantitativos)	129
Apéndice G: Orden de Puntuación de Calidad	130

Lista de Figuras

Figura	Página
Figura 1: Flujograma de PRISMA.....	52

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La Asociación de Psicología Americana (APA) expone que la buena salud mental conduce a una imagen positiva de uno mismo y a su vez, a relaciones satisfactorias con amigos y otras personas. Asimismo, es la forma en que pensamientos, sentimientos y conductas afectan la vida del ser humano (APA, 2010). También, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la buena salud mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2018). Por lo expuesto, esta organización plantea que la buena salud mental es un componente integral y esencial de la salud, es decir, un estado de bienestar donde la persona entiende cuáles son sus capacidades y hace frente al estrés normal de la vida, trabajando de forma productiva y contribuyendo a la sociedad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (OMS, 2018).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se estima que el 10 % de la población a nivel mundial se encuentra afectada con alguna condición de salud mental (OPS, 2020). Entre estos, el 18.57 % (45 millones) de los americanos experimentan algún tipo de enfermedad mental (Mental Health America, 2020). La Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) estima que, en Puerto Rico (PR), el 5.4% de la población adulta sufre de algún trastorno mental severo como, por ejemplo, trastorno de depresión o el trastorno de ansiedad, entre otros (SAMHSA, 2015). En este mismo sentido, se evidencia que para el 2016, el 18.14 % de los menores en PR presentaban alguna condición de salud mental diagnosticada (Rodríguez-Parés et al., 2017). Para ilustrar todo esto, según un artículo del Periódico Primera Hora (2018), en el año 2017, la línea telefónica de Primera Ayuda Sicosocial (PAS) del

Departamento de Salud atendió 113,830 llamadas, 22,500 más que en el 2016. A los efectos de esto, según datos ofrecidos en vista pública en la Comisión de Salud por la Administración de Seguros de Salud (ASES), somos la tercera jurisdicción de los Estados Unidos (EU) con mayores problemas de salud mental (Periódico Primera Hora, 2018).

Resulta oportuno mencionar que los trastornos mentales son altamente prevalentes y representan una significativa carga para quienes los padecen (Minoletti et al., 2012). La salud mental es un fenómeno generalizado y las personas con enfermedades mentales a menudo están sujetas a discriminación (Sandhu et al., 2018). Debido a los prejuicios y actos discriminatorios, es frecuente que estas personas presenten un bajo nivel de autoestima, una menor calidad de vida, una baja adherencia a los tratamientos y una reducción significativa de sus actividades sociales. Por tanto, un tipo de interacción social que puede presentar consecuencias negativas para las personas con problemas de salud mental (PPSM) es lo que se denomina estigmatización. En el caso de personas con trastornos mentales, estos rótulos o estereotipos se refieren comúnmente a la eventual peligrosidad, debilidad e inutilidad de estos individuos, lo cual conduce generalmente a que se generen actitudes y actos de rechazo u omisión hacia ellos (Mascayano et al., 2015).

De acuerdo con Hatzenbuehler (et al., 2013), la evidencia indica que el estigma cumple con todos los criterios para ser considerado una causa fundamental de la desigualdad en la salud. Influye en varias facetas de la salud mental que afectan a millones de personas a través de diversos mecanismos. Por ejemplo, interrumpe o inhibe el acceso a múltiples recursos (estructurales, interpersonales y psicológicos) que de otro modo podrían usarse para evitar o minimizar la mala salud, y promueve mecanismos que aseguran la reproducción de las desigualdades entre los miembros de poblaciones socialmente desfavorecidas. Estas creencias y

evaluaciones negativas se proyectan a los familiares de los pacientes, quienes de igual forma pasan por un proceso de internalización que les genera sentimientos de humillación, convirtiéndose, en algunos casos, en las fuentes de actos discriminatorios y de dilatación de tratamientos (Hatzenbuehler et al., 2013).

De manera semejante, se ha señalado el estigma proveniente de los profesionales en el servicio de salud. Este juega un rol esencial en la generación de nuevas actitudes estigmatizadoras y tiende a prolongar estos procesos por medio del poder social que representan, creando en ellos conceptualizaciones como “el miedo al diagnóstico” y “lo que otros pudieran pensar”, que son argumentos vinculados directamente con el estigma (Mascayano et al., 2015). Desafortunadamente, los proveedores de salud mental muestran creencias estigmatizadas hacia las enfermedades mentales al igual que la población en general (Harris et al., 2016). Lo anterior se materializa con la escasez de solicitudes de atención, la asignación de recursos, el proceso sistemático de pauperización de las personas que los padecen, el aumento de riesgos de delitos y contacto con el sistema legal y la invisibilización de la vulnerabilidad de estas personas (Campo-Arias et al., 2014).

Es conveniente mencionar que aquellos que a diario tienen más contacto con pacientes de salud mental son los menos estudiados. Como agravante, los datos existentes muestran que las personas con enfermedades mentales son sensibles e influenciadas por actitudes estigmatizantes recibidas por los que proveen los servicios de rehabilitación y tratamiento (Townsend, 2010). Tanto los profesionales de la salud mental que ofrecen tratamientos psicológicos como los que están en formación (Lyndon et al., 2016; Pingani et al., 2021) mostraron rasgos de carácter estigmatizantes hacia las PPSM. Es preciso mencionar que el impacto negativo del estigma no

desaparece con el transcurso de los años académicos, ni por la familiaridad con esta población o por el haber recibido servicios de terapia (Pranckeviciene et al., 2018).

Es necesario que el sistema de salud mental en Puerto Rico, tanto en el ámbito privado como en el público, funcionen dentro de los estándares de excelencia. Esta necesidad es significativa y creciente ya que las poblaciones con trastornos mentales requieren de atención e intervención particular para que de esta forma puedan participar y mantenerse en el tratamiento (Rosario et al., 2012). El no considerar el estigma en los modelos de tratamiento y atención general a los pacientes de salud mental no solo conduce a una subestimación de los factores sociales que producen mala salud, sino que, también puede socavar la eficacia de las intervenciones de salud pública (Hatzenbuehler, et al., 2013).

Es importante reconocer que se necesitan estrategias apropiadas para trabajar contra el estigma en estudiantes de salud mental (Evans-Lacko et al., 2016). Por medio de esta investigación se propone educar y hacer conciencia al lector sobre la magnitud y la repercusión de este fenómeno. Permitirá conocer lo que otros autores han encontrado sobre el tema. Reconocer la existencia de esta barrera de tratamiento en profesionales de la salud en formación es el primer paso para abordar el problema. Esta revisión de literatura sistemática (RLS) busca identificar investigaciones que evidencien la presencia del estigma. Su propósito principal será obtener literatura científica revisada que constata y certifique que profesionales de la salud mental en formación presentan estigma hacia las personas con problemas de salud mental.

Origen del Problema

Los problemas de salud mental han sido identificados por la OMS como un área de trabajo prioritaria a nivel mundial (OMS, 2011). A los efectos de esto, según datos ofrecidos por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y divulgados por el Periódico

Primera Hora (2018), Puerto Rico es la tercera jurisdicción de los EU con mayores problemas de salud mental. En esta línea de pensamiento, un 5.4 % de la población adulta de PR sufre algún trastorno mental severo (SAMHSA, 2015). Además, la población puertorriqueña que padece de algún tipo de EM no está exenta a discrimen, prejuicio y estigmatización por la población general y los profesionales de la salud.

La población en general manifiesta actitudes y creencias desarrolladas y basadas en el miedo, la falta de información y educación acerca de una persona con algún trastorno mental. Los profesionales de la salud mental, incluyendo aquellos que están en formación, también se encuentran vulnerables a mantener ideas que tienden a estigmatización. Esto ocurre, tanto en los que ya ejercen la profesión como en los que aún están en carrera académica. El estigma relacionado al trastorno mental constituye una de las barreras que entorpece el proceso de tratamiento y recuperación de la población que la padece, de acuerdo con informes presentados por el Cirujano General de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, 1999). Algunas de las manifestaciones del estigma hacia los pacientes con trastornos mentales pueden observarse en la falta de oportunidades de empleo, la falta de vivienda adecuada, en las barreras en la obtención de servicios de salud y en las actitudes negativas que pudieran manifestarse por parte de los profesionales de la salud (Babic, 2010).

El problema más significativo del estigma es que es visto como una "experiencia moral" esencial para las personas de la comunidad o cultura local, manifestándose en las prácticas diarias y actividades sociales de sus miembros (Kleinman, 1998). Es decir, es un razonamiento o una manera de expresión social normalizada que asegura efectivamente que la marginalización se perpetúe, ya que se responde a un individuo estigmatizado como a alguien ya agobiado de vergüenza, ambivalencia y estatus bajo. Según Kleinman, las PPSM son individuos que tienen

algo que ganar o perder, como estatus, dinero, oportunidades de vida, de salud, buena suerte, un trabajo o relaciones. Este rasgo de la vida diaria puede ser considerado como el “modo moral” de la experiencia, refiriéndose a este como un registro de la vida cotidiana y el compromiso práctico que define lo que es más importante para los hombres y mujeres comunes (Kleinman, 1998).

Por lo expuesto anteriormente, se pretende identificar literatura que evidencie si los profesionales de la salud mental en formación muestran actitudes estigmatizantes hacia personas con problemas de salud mental.

Planteamiento del Problema

La enfermedad mental, como lo es un trastorno mental o emocional del comportamiento, ya de por sí resulta un reto para el que la padece. En efecto, es un deterioro funcional que interviene sustancialmente o condiciona una o más actividades importantes en la vida. En tal sentido, las PPSM son una población particularmente vulnerable, con una mayor prevalencia a enfermedades crónicas. La situación de esta población se complica cuando se interpone el estigma. Según Parcesepe & Cabassa (2013), el estigma es una barrera generalizada que impide que muchas personas se involucren en su atención y tratamiento de salud mental.

El sociólogo estadounidense Ervin Goffman (1963) define el estigma como un atributo desacreditador y desvalorizado, resultado de un estereotipo negativo hacia quien lo posee. Según él, la marginación del enfermo mental tiene su origen en el reconocimiento público de la EM, conllevando a la despersonalización del enfermo y justificando su exclusión de la vida social y su incapacidad como persona (Sánchez-Castillo, 2016). En esa misma línea de pensamiento, Ponte (2021) afirmó que el estigma juega un papel poco reconocido en la distribución de oportunidades de vida, influyendo en la salud a través de la producción de desventajas. Según el autor, si a lo anterior le agregamos las consecuencias del auto estigma, en conjunto, podrían

inducir al estrés, la depresión, aumentar la percepción de devaluación y finalmente convertirse en una barrera para su recuperación (Ponte, 2021).

La construcción social del estigma es un dato de conocimiento general (Hatzenbuehler, et al., 2013). El mismo está caracterizado por la exclusión, el rechazo, la culpa y devaluación que resulta de un juicio social adverso de una persona o un grupo. La calidad de los servicios de salud mental se ve afectada y es una de las razones principales por las cuales las PPSM no acuden o no se adhieren a un tratamiento (Hatzenbuehler et al., 2013). En estos casos los pacientes reportan miedo al diagnóstico y/o a lo que lo demás puedan pensar. Todo lo anterior implica que el estigma etiqueta las diferencias humanas y las clasifica como indeseables, como algo separado de sí mismo, provocando el aislamiento, pérdida de estatus y discriminación. Por consiguiente, esta población es vista por la sociedad en general como una inferior y, como tales, enfrentan desigualdades en el acceso a recursos y servicios (Link & Phalen, 2001).

Esta percepción social no es distinta en los profesionales de la salud. Hansson y colegas (2013), encontraron que las concepciones negativas sobre las personas con enfermedades mentales prevalecen tanto entre profesionales de la salud mental como en el público en general. De hecho, en investigaciones recientes (Riffel & Chen, 2020), se ha encontrado que el estigma dirigido hacia las PPSM por parte de estudiantes y profesionales en servicio de programas de salud (médicos y enfermeras, entre otros) es una preocupación pública y un problema dentro del sistema de salud. Al mismo tiempo, Kopera y sus colegas (et al., 2015) encontraron similares resultados al investigar sobre profesionales de la salud mental como psiquiatras y psicoterapeutas. Estos autores encontraron que, a pesar de los años de experiencia, los profesionales evidenciaron actitudes ambivalentes hacia las PPSM (Kopera et al., 2015). Es razonable pensar que las PPSM se sienten devaluadas, rechazadas y deshumanizadas cuando

entran en contacto con profesionales de la salud que no han identificado sus prejuicios y estigmas (Riffel & Chen, 2020).

Ramos-Pibernus et al., (2014) encontraron que los psicólogos y los educadores de la salud mental en Puerto Rico enfatizan o se concentran en promover cambios conductuales de una manera descontextualizada del entorno sociocultural del individuo. El efecto de esto se evidencia en una falta de entendimiento sobre las consecuencias de las inequidades de la salud pública en torno a determinantes claves como el estigma social (Ramos-Pibernus et al., 2014).

De hecho, en Puerto Rico, aunque escasa, existe literatura que destaca el desconocimiento sobre los efectos de determinantes sociales de la salud, como el estigma, en profesionales y estudiantes de la salud mental (Polanco-Frontera et al., 2013; Ramos-Pibernus et al., 2014; Rivera-Segarra et al., 2018; Rivera-Segarra et al., 2019; Varas-Díaz et al., 2008; Varas-Díaz et al., 2010 & Varas-Díaz et al., 2012). Sobre la base de las consideraciones anteriores, se ha evidenciado que los profesionales, incluyendo estudiantes, tienden a ver a las PPSM como propensas a la violencia, reflejando así percepciones de peligrosidad, malestar y distanciamiento social. Por lo tanto, los autores establecen que estas actitudes hacia PPSM pueden perpetuar el estigma y crear nuevos obstáculos para recibir tratamiento. En consecuencia, dichas actitudes se relacionan con el modo en que los profesionales se expresan sobre sus clientes y la forma en la cual conceptualizan sus casos.

El ejemplo anterior muestra como las actitudes y creencias estigmatizantes pueden afectar directamente los servicios de atención, haciendo ver a las PPSM como diferentes. Según Brescia y colegas, estas actitudes pueden relacionarse con el modelo paternalista, la deshumanización de la práctica clínica, la percepción sobre la pobre recuperación y las características de la enfermedad mental, particularmente en los profesionales de la salud mental.

Según los autores, redundan en una sobre diagnosticación, lo que empeoraría el pronóstico (Brescia et al., 2021). También, las quejas de síntomas físicos son ignoradas y son referidas rápidamente a servicios de salud mental. Este fenómeno es conocido en la literatura como “diagnostic overshadowing”, que se refiere a atribuir erróneamente un síntoma físico a una enfermedad mental (Rivera-Segarra et al., 2019).

Cónsono con lo anterior, Kaitz et al., (2021) encontraron que los proveedores tienen poder sobre las personas que tratan, como expertos en la salud mental dentro de la sociedad. Por tal razón, sus creencias estigmatizantes sobre las enfermedades mentales pueden reforzar las percepciones y creencias negativas de la sociedad y de las PPSM (Kaitz et al., 2021). Estos autores afirman que la combinación del poder del proveedor y el estigma puede conducir a efectos potencialmente discriminatorios en el tratamiento, incluyendo la patologización excesiva de los síntomas, la evaluación excesiva y la toma de decisiones en el tratamiento diferencial (Kaitz et al., 2021).

Marco Teórico o Conceptual

La literatura ofrece una serie de modelos teóricos que se han formulado con la idea de comprender y explicar los procesos de estigmatización que enfrentan las personas con enfermedades mentales. A continuación, se discutirá una de estas conceptualizaciones, necesaria para el proceso de intelección de este tema:

Teoría del modelo sociológico

Una de las principales críticas a la forma de investigación sobre el estigma es que se ha estudiado desde una perspectiva externa, es decir, no desde la perspectiva de las personas estigmatizadas. Por ejemplo, los psicólogos sin discapacidad que realizan investigaciones sobre el estigma contra las personas con discapacidades físicas. Link & Phelan (2001), aportaron a

este planteamiento objetando la forma en que se ha investigado el estigma y afirmaron que limita nuestra comprensión de la experiencia de ser estigmatizado.

Gran parte de los datos obtenidos sobre el fenómeno del estigma han sido contribución de la sociología, cuyo enfoque en la investigación sobre el estigma de la EM está representado fundamentalmente por la denominada “teoría del etiquetado” (Link, 1987; Link et al., 1987). Desde este punto de vista, una etiqueta psiquiátrica activa una serie de estereotipos culturales e imágenes negativas sobre la enfermedad mental que son aplicados al individuo que la padece tanto por la sociedad, como por la propia persona. Estas imágenes devalúan a las personas con enfermedades mentales provocando su discriminación, siendo la etiqueta, más que el comportamiento de la persona, lo que determina las consecuencias estigmatizadoras de la EM (Rosenfield, 1997).

En esa línea, Link et al., (1987) argumentaron que el principal problema con la definición de estigma de Goffman (1963), a pesar de ser ampliamente aceptada, es que describe una "marca", lo que implicaría que el estigma es, de hecho, una parte de la persona estigmatizada. Al situar la marca sobre la persona, esta quedará estigmatizada, y, por lo tanto, implicada en el estigma que ahora posee (Link & Phelan, 2001). Por ejemplo, si una persona es estigmatizada porque tiene el atributo de tener una EM, sugiere que, si no tuviera el atributo, no sería estigmatizada. Según Link & Phelan, en realidad, el hecho de que sean pacientes de salud mental no atrae el estigma, pero la sociedad, al considerar que una PPSM no es igual, estigmatiza. Por ende, los autores propusieron utilizar la palabra "etiqueta" en lugar de "atributo" o "marca" para enfatizar la creación externa de la característica que la sociedad ha considerado desacreditadora (Link & Phelan, 2001).

Posteriormente, esta teoría fue modificada por Link (et al., 1989), enfatizando que la

devaluación y la discriminación de la etiqueta interfiere sobre zonas vitales como los recursos sociales, económicos y los sentimientos de bienestar. Además, que el estigma de la enfermedad mental daña el sentido de autoestima y autoeficacia (Link et al., 1989). Según los autores, la etiqueta aplicada a la persona con una EM conduce a la pérdida de oportunidades ocasionando inconvenientes para alcanzar objetivos como trabajo, independencia y vivienda.

A todas luces, la disminución de oportunidades y de la autoestima pueden afectar la calidad de vida exacerbando la desesperanza. Esto les impide conseguir lo que quieren y, por ende, limita las posibilidades de satisfacción (Rosenfield 1992). Según el estigma de la EM se va adhiriendo al autoconcepto de la persona, aumenta la probabilidad de que la enfermedad sea a largo plazo, como suelen ser las enfermedades mentales. Rosenfield (1997) afirmó que, en la medida en que el estigma se convierte parte del esquema de uno mismo, impacta las autoevaluaciones de forma negativa. En consecuencia, el paciente va reorganizando su visión y su autoconocimiento en términos de lo que no son y lo que no pueden hacer (Rosenfield, 1997).

Link (1987) sostiene estos planteamientos. En sus investigaciones encontró que los pacientes y sus familias mostraron percepciones de estigma asociadas con baja autoestima. Según el autor, si las PPSM conocen que otros saben que están en tratamiento, su desempeño será peor. Se sentirán menos apreciados y más ansiosos en sus interacciones en comparación con los pacientes cuyas etiquetas continúan ocultas (Farina et al., 1971). Los sentimientos de baja autoeficacia son un obstáculo para las personas con EM crónicas, ya que a menudo se sienten dirigidas por fuerzas que escapan a su control (Rosenfield, 1997).

Como señala Link (1982), las pruebas de la teoría modificada del etiquetado demuestran las consecuencias estigmatizantes de los diagnósticos psiquiátricos. El autor encontró que las comparaciones de personas con psicopatologías similares, pero que varían en la exposición de

su diagnóstico y tratamiento, exponen que el etiquetado tiene un impacto negativo en los ingresos y el estado laboral. Los individuos cuyos diagnósticos son conocidos, han sido estigmatizados y están en tratamiento ganan ingresos más bajos y tienen menos probabilidades de estar empleados que aquellos con diagnósticos similares que no han estado expuestos (Link, 1982).

En síntesis, Link y sus colegas (1989) sugieren que las diferencias entre la declaración original de la teoría del etiquetado y sus críticas sobre las causas de la enfermedad mental crónica, ya sea la etiqueta o la patología, se unen en el etiquetado modificado. Proponen que la etiqueta es un factor estresante que aumenta los síntomas (Link et al., 1989). Tales resultados brindan una base para el entendimiento de procesos sociales que subyacen a las causas y consecuencias de la enfermedad mental. Según conceptualizaron Link & Phelan (2001), el estigma se muestra cuando convergen los siguientes componentes:

- 1- Las personas distinguen y etiquetan las diferencias humanas – Las diferencias humanas son ignoradas por nuestra sociedad. Sin embargo, aquellas controversiales, como el color de la piel o las enfermedades mentales, no son pasadas por alto y son muy importantes en nuestra sociedad. Link & Phelan (2001) señalaron que sí existe un elevado interés de la sociedad en mostrarle importancia a las diferencias marcadas socialmente, como la enfermedad mental. Según el autor, una vez identificadas las etiquetas, se tienden a dar por sentadas, como si fueran ciertas y esta es una de las razones por las cuales estas designaciones poseen tanto peso (Link & Phelan, 2001).
- 2- Las creencias culturales dominantes en ocasiones vinculan a las personas etiquetadas con características indeseables, con estereotipos negativos – El

segundo componente ocurre cuando las diferencias ya etiquetadas se asocian con estereotipos. Plantea preguntas críticas de naturaleza psicológica sobre los procesos de pensamiento que facilitan las conexiones entre etiquetas y estereotipos. Implica una etiqueta y un estereotipo, siendo esta etiqueta vinculada a una persona con un conjunto de características indeseables. Según Link & Phelan (2001), los estereotipos utilizados comúnmente en el caso de las PPSM son la violencia y/o la agresividad.

- 3- En el tercer componente las personas etiquetadas son situadas en categorías diferentes con el fin de conseguir separación entre “nosotros” y “ellos”. Esta característica ocurre cuando las etiquetas sociales producen una separación entre "nosotros" y "ellos" (Devine et al., 1999). Por ejemplo, "ellos" que son muy diferentes de "nosotros". Link & Phelan (2001), afirmaron que la unión de las etiquetas con los atributos indeseables, se convierte en la razón fundamental para creer que las personas etiquetadas negativamente son diferentes de aquellas que no comparten la etiqueta. Los autores hacen hincapié en que los estereotipos se pueden lograr fácilmente, porque la sociedad muestra que hay poco daño en señalar todo tipo de malas características si es a "ellos". Se podría llegar a pensar que la persona estigmatizada es tan diferente de "nosotros" que no es realmente humana del todo (Link & Phelan, 2001).

Como desventaja adicional, las personas piensan que son lo que se les etiqueta. Ejemplo, la sociedad habla de las personas como “depresivas” o esquizofrénicas” en lugar de describirlas como si tuvieran una EM como la depresión o la esquizofrenia. Link & Phelan realizaron que es diferente para otras

enfermedades como el cáncer. La persona con cáncer es descrita como una de “nosotros” ya que está pasando por una situación de salud difícil, pero un paciente de salud mental es un “loco” un “esquizofrénico”, no está categorizado como uno de “nosotros” (Link & Phelan, 2001).

4- La pérdida de estatus y discriminación que resulta en desigualdad social – El cuarto componente del modelo es la experimentación de pérdida de estatus y discriminación. La mayoría de las definiciones de estigma excluyen este componente. Link & Phelan (2001) señalaron que cuando las personas son etiquetadas, apartadas y vinculadas a características indeseables, se construye una lógica para devaluarlas, rechazarlas y excluirlas. Así, las PPSM son estigmatizadas cuando el hecho de ser etiquetadas, apartadas y vinculadas a características indeseables las lleva a experimentar pérdida de estatus y discriminación. Los grupos estigmatizados se encuentran en desventaja porque se trata de oportunidades de vida como los ingresos, la educación, el bienestar psicológico, la vivienda, el tratamiento médico y la salud (Link 1987).

A- Pérdida de Estatus – Link & Phelan (2001) señalaron que una consecuencia inmediata de las etiquetas negativas y los estereotipos es la colocación general hacia abajo de una persona en una jerarquía de estatus. Está conectada a características indeseables que minimizan su estatus a los ojos del estigmatizador. Como en toda sociedad, la creación de posiciones jerárquicas es común.

B- Discriminación Individual – Los autores señalaron que la importancia de las actitudes y creencias radica en si el etiquetado y estereotipo de la

persona X por parte de la persona Y lleva a la persona Y a involucrarse en formas de discriminación dirigidas a la persona X, como rechazar una solicitud de empleo. No hay duda que esto ocurre con considerable regularidad (Link & Phelan, 2001).

C- Discriminación Estructural - Link & Phelan mencionaron que la discriminación estructural se refiere a las prácticas institucionales que perjudican a los grupos minoritarios incluso en ausencia de discriminación o prejuicio individual (Link & Phelan, 2001). Los autores ofrecen un ejemplo de discriminación estructural para una enfermedad mental como la esquizofrenia. Debido a que la enfermedad está estigmatizada, se dedicaron menos fondos para la investigación, la atención y el manejo. Además, debido a procesos influenciados por el estigma, las instalaciones de tratamiento tendrían que estar aisladas y probablemente con el personal de salud mental menos exitoso. Los autores destacaron que, si el estigma hacia la esquizofrenia ha creado tal situación, una persona que desarrolle este trastorno será objeto de discriminación estructural (Link & Phelan, 2001).

5- La estigmatización es contingente al poder social, económico y político - El quinto componente del modelo teórico del etiquetado modificado es que el estigma depende por completo del poder social, económico y político. Link & Phelan (2001) señalaron que se necesita poder para estigmatizar. El papel que ejerce el poder en el estigma es pasado por alto, ya que en muchos casos las diferencias de poder se dan tan por sentadas que parecen no ser problema.

El poder es esencial para la producción social del estigma. Por ejemplo, un paciente en un programa de tratamiento para personas con trastornos mentales podría etiquetar las diferencias humanas del personal, etiquetándolos como “vendedores de pastillas” y aplicándoles estereotipos como que los traficantes de pastillas son fríos, paternalistas y arrogantes (Link & Phelan, 2001).

Aunque los pacientes se involucren en todos los componentes del estigma que se han identificado, el personal no terminaría siendo un grupo estigmatizado. Esto debido a que los pacientes no poseen el poder social, cultural, económico y político para persuadir sus cogniciones y crear sobre el personal consecuencias discriminatorias. El estigma depende del poder, debido a la importancia de este en la estigmatización (Link & Phelan, 2001).

Propósito

El propósito de esta revisión de literatura sistemática a partir del problema planteado previamente es el siguiente: identificar si la literatura evidencia que los profesionales de la salud mental en formación muestran actitudes estigmatizantes dirigidas a las personas con problemas de salud mental. Esta iniciativa de revisión literaria surge ya que se entiende que los profesionales de la salud mental no deben manifestar pensamientos estigmatizantes hacia las PPSM. Además, al ser la estigmatización hacia esta población vulnerable una barrera en la búsqueda y adherencia al tratamiento, es significativo conocer si la literatura evidencia este problema en población de profesionales que se encuentran en capacitación en salud mental.

Cabe señalar que, en PR, son escasas las investigaciones relacionadas con los efectos detrimentales del estigma. Polanco-Frontera y sus colegas (2013) destacan la importancia de

conocer y estudiar sobre las consecuencias que se pueden desatar en el tratamiento y recuperación de las PPSM por motivo de la estigmatización que proviene de los profesionales de salud. Se asume que los educados en salud mental no deberían manifestar estigma. Pero, al contrario, se puede observar en la literatura que este fenómeno puede llegar a propagarse y normalizarse dentro de la población en general a través de los medios de comunicación y por tal razón a los profesionales de la salud mental (Muñoz et al., 2011).

Esto ha generado dudas respecto a si la educación transmitida a estudiantes en formación académica en salud mental provee las competencias necesarias para minimizar o evitar el discrimen asociado a la etiqueta del estigma (Masedo et al., 2021). En relación con la idea anterior, es el interés del investigador identificar si existe literatura que avale el estigma hacia PPSM por parte de profesionales de la salud mental en formación.

Preguntas Guías

Después de desarrollar el objetivo específico que responde al propósito general de este trabajo, a continuación, se exponen las preguntas que guiarán esta revisión de literatura sistemática. Estas son: ¿Qué evidencian los estudios sobre el estigma entre los profesionales de la salud mental en formación hacia las personas con problemas de salud mental? ¿Propulsa la disciplina o el nivel académico la disminución del estigma de los profesionales de la salud mental en formación hacia las personas con problemas de salud mental?

Objetivo de Conocimiento

Basado en la teoría social del etiquetado en la que se apoya este estudio, se propone que la revisión de literatura sistemática evidencie que los profesionales de la salud mental en formación manifiestan estigma hacia las personas con problemas de salud mental. Estas

manifestaciones podrían estar asociadas a conceptos como el distanciamiento social. A partir del análisis anterior, esta revisión sistemática espera concretar los siguientes objetivos de conocimiento:

- 1- Identificar si la literatura científica evidencia que los profesionales de la salud mental en formación muestran actitudes estigmatizantes dirigidas a las personas con problemas de salud mental.
- 2- Identificar si la literatura científica demuestra que la capacitación o el nivel académico disminuye el estigma de los profesionales de la salud mental en formación dirigido hacia las personas con problemas de salud mental.

Definición de Términos Relevantes

El interés del investigador en esta revisión sistemática es conocer si existe literatura que evidencie estigma dirigido a PPSM entre profesionales de la salud mental en formación. La definición de términos usualmente abordados bajo el tema del estigma son definidos conceptualmente. No se formulan definiciones operacionales para estos términos. Después de haber planteado el propósito y las preguntas de esta revisión se procede a la definir algunos términos importantes:

Estigma hacia personas con problemas de salud mental

La definición conceptual del estigma está compuesta de varios elementos los cuales hacen convergencia interrelacionándose entre ellos y describiéndose cada uno de ellos como estigma. A estos efectos, Link y Phelan (2001) exponen que el estigma existe cuando los elementos de etiqueta, estereotipo, separación, pérdida de estatus y discriminación se manifiestan bajo una situación de poder que lo permite. En segundo lugar, hay palabras que describen adecuadamente cada uno de los componentes como etiqueta, estereotipos,

exclusión, pérdida de estatus y discriminación, por lo que no es necesario el uso de la palabra estigma para describir ningún aspecto en particular. En tercer lugar, la definición es coherente con el uso actual del término cuando se aplica a grupos a los que comúnmente se hace referencia como grupos estigmatizados (PPSM). Según los autores, la unión del poder, pérdida de estatus y discriminación permite que la definición formal sea coherente con la comprensión actual de lo que es un grupo estigmatizado (Link y Phelan 2001).

Distancia social hacia personas con problemas de salud mental

El segundo término a definir es la distancia social (DS). Conceptualmente, según Bogardus (1965), la DS se refiere a los grados de comprensión y simpatía que existen entre las personas, entre personas y grupos sociales, y entre grupos sociales. En este sentido, puede existir DS horizontal, es decir, entre pares, al mismo tiempo que distancia social vertical, por ejemplo, aquella que se da entre líderes políticos y sus seguidores. Para Bogardus, la DS puede darse de dos formas: (1) la falta de capacidad para que un grupo o un individuo comprenda y se comuniquen con otros individuos o grupos sociales y (2) las diferencias que surgen entre los distintos grupos sociales por su contacto e intimidad, donde sentimientos y creencias se confrontan, y en el que los conflictos entre ellos se desarrollan. Resaltó Bogardus, que la DS es una medida actual o potencial de conflicto social que revela la localización actual o incipiente de los problemas sociales (Bogardus, 1965).

Porque una Revisión de Literatura Sistemática

La literatura científica que evidencia que el estigma hacia los pacientes de salud mental es una barrera directa en la búsqueda de tratamiento es abundante (Ponte, 2021; Campo-Arias et al., 2014; Parcesepe & Cabassa, 2013; Oexle et al., 2018; U.S. Department of Health and Human Services, 1999). No solo es un impedimento en el proceso de

recuperación, sino también, para la disposición de las PPSM en formar actitudes positivas y saludables sobre sí mismas y sus capacidades. Además, la literatura evidencia que las PPSM son estigmatizadas tanto por la población en general como por profesionales de este campo (Hansson et al., 2013; Harris et al., 2016).

Esta investigación sistemática pretende localizar las aportaciones más relevantes sobre el tema del estigma de los profesionales de la salud mental en formación dirigido a PPSM. Nos permitirá obtener conocimiento a nivel metodológico al concedernos la oportunidad de observar como otros autores/as contribuyen con sus investigaciones. A través de esta se podrá identificar, evaluar y sintetizar los artículos que han sido revisados por pares y que cuentan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos (De León-Casillas, et al., 2019). De acuerdo con estos autores, la revisión sistemática nos permite la transparencia a través de la reproducibilidad. Según De León-Casillas (et al., 2019 p. 26), las fases de la revisión sistemática son las siguientes: Conceptualización de la revisión de la literatura, identificación y búsqueda de los artículos, selección de los artículos, recolección de los datos, evaluación de la calidad de la evidencia, síntesis de los artículos y la redacción del manuscrito.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

El Concepto de Salud Mental

La Organización Panamericana de la Salud (2013) afirma que la salud mental es un atributo importante para los individuos, familias, comunidades y naciones. Contribuye a las funciones de la sociedad y tiene un efecto sobre la productividad general. Se genera en nuestra vida diaria en los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo y las actividades recreativas. Según la OPS (2013), la salud mental contribuye al capital social, humano y económico de cada sociedad. Las enfermedades de salud mental constituyen una epidemia silenciosa que ha afectado mucho antes que el COVID-19, con la depresión y ansiedad como dos de las principales fuentes de discapacidad (OPS, 2020). A estos efectos, la OPS (2020) declara que “no hay salud sin salud mental”.

Por cuestión de perspectiva, es preciso señalar que a nivel mundial existe falta de consenso cuando se refiere a la definición del concepto de salud mental (Patel et al., 2013; Whiteford et al., 2010), lo cual ocasiona una traba significativa en la búsqueda de iniciativas salubres. Además, con la intención de definir la salud mental a través de la historia, se han utilizado factores tales como los genéticos, los sociales y la crianza incorrecta. Por otro lado, se ha observado claramente como la historia ha adoptado modelos morales en donde se ha propuesto que la enfermedad mental es controlable y que las PPSM son culpables de sus síntomas. En ese mismo sentido, la perspectiva de la conducta inmoral y desviada como causante de los problemas de salud mental aún es señalada por la sociedad en general (Crespo, 2018).

Con el pasar de los años, los conceptos científicos afinaron las bases para el conocimiento y la comprensión de las enfermedades mentales, siendo Emil Kraepelin, uno de los

primeros en describir la patogénesis y las manifestaciones de trastornos psiquiátricos (Ebert & Bär, 2010). Según su hipótesis, determinadas combinaciones de síntomas en relación con el curso de las enfermedades psiquiátricas permiten identificar un determinado trastorno mental. Según Ebert & Bär (2010), al día de hoy, la concepción de psicosis endógena de Kraepelin se considera parte de la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)* como la *Clasificación del Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM5)* de la APA.

Después de lo anterior expuesto, cabe mencionar que los modelos biológicos han sido más cónsonos con las atribuciones sobre la enfermedad mental como incontrolable en el inicio, siendo este el utilizado al otorgar servicios regidos por las compañías aseguradoras. Este modelo define la enfermedad mental a base de síntomas, etiologías, clasificaciones y tratamientos farmacológicos (Scheff, 1999). En este mismo sentido, entre las definiciones más utilizadas se encuentra la del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, la cual interpreta la condición mental grave como cualquier trastorno psiquiátrico experimentado por personas mayores de 18 años que interfiere sustancialmente con la capacidad para participar en las actividades principales de la vida (U.S. Department of Health and Human Services, 1999).

El DSM (APA, 2013), define un trastorno mental como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición de un individuo, la regulación emocional, o el comportamiento que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos, o de desarrollo subyacentes al funcionamiento mental. Estos se relacionan con malestar significativo o discapacidad en la vida social, laboral o de otras actividades importantes. Un comportamiento socialmente desviado (sexual, moral o religioso) y los conflictos que son principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales a menos que la desviación o el conflicto resulte de una disfunción en el individuo, como se planteó

anteriormente (APA, 2013). Por su parte, la OMS la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2013).

En Puerto rico, la necesidad de servicios de salud mental es significativa y creciente. Es evidente que la sociedad puertorriqueña reclama mejorar dichos servicios. Es necesario que el sistema de salud de Puerto Rico tanto en el ámbito privado como público funcione con los más altos estándares de excelencia. Las poblaciones con trastornos mentales requieren de atención e intervención particular para que puedan tomar la decisión de participar y de mantenerse en el tratamiento y lograr estabilizar los síntomas.

Es de conocimiento público que a los problemas de salud mental no se les presta la igualdad de importancia que a las enfermedades físicas como lo son el cáncer o los problemas cardíacos. Uno de los obstáculos, si no es el más importante en la recuperación y tratamiento de la salud mental es el estigma hacia esta enfermedad.

¿Qué es el Estigma?

La palabra “estigma” proviene del verbo en latín medieval “stigmatizare”. Se compone de “stigmat” por el latín “stigma”, que es el singular de “stigmata” (Veschi, 2020). Esta última, se conocía como una práctica en Roma en donde se marcaba sobre la piel de la persona con un hierro caliente por motivo de esclavitud a ladrones o criminales. Con esta señal aplicada en el cuerpo (cortes, quemaduras) se pretendía distinguir algo malo y negativo de una persona, o sea, una condición social inferior (Pingani et al., 2021).

A nivel teórico, Goffman (1963) lo definió como un atributo socialmente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo. Aparece por la discrepancia entre dos

identidades. La primera, la identidad social virtual, la cual se refiere a las características que debe tener una persona según las normas de su cultura. La segunda, la identidad social actual, que es basada en el conjunto de atributos que posee realmente. Goffman (1963) encontró tres atributos susceptibles de causar estigma:

- 1- Los defectos de carácter - perturbaciones mentales, repulsiones, adicciones a drogas.
- 2- Abominaciones del cuerpo – malformaciones o marcas físicas.
- 3- Estigmas triviales – relacionados con la raza, la nación o religión.

Jones et al. (1984 como se citó en Harper, 1987) y colegas conceptualizaron el estigma con base en los procesos de la categorización cognitiva. Un ejemplo de esto ocurre cuando esta marca vincula a una persona por sus atributivos, con características indeseables que llevan al descrédito (Jones et al. 1984 como se citó en Harper, 1987). Más adelante, Crocker y colegas (et al., 1998) incorporaron la respuesta de las personas hacia el estigma. Esto incluyó no solo el papel del concepto social en la conformación de la identidad, sino también, la manera en que las personas mantienen cognitivamente su integridad y fabrican la identidad social (Yang et al., 2007).

Luego Major & O'Brien (2005) integraron un modelo de amenaza a la identidad. Los autores mostraron como ejemplo un análisis del estrés y las estrategias de defensa ejecutadas por la persona con el estigma. Los principios sociales de la teoría de Major & O'Brien consistieron en claves situacionales inmediatas (que acarrearán el riesgo de quedar devaluadas) y representaciones colectivas (entendimiento de estereotipos culturales), las cuales influyen en la evaluación de la amenaza a nuestro bienestar. Según Major & O'Brien (2005), en el medio de estas formulaciones se encuentra el concepto de estigma que impulsa a las personas a obtener

resultados infortunados, por medio de la amenaza a la autoestima, a los logros académicos y a la salud mental o física. En otras palabras, el estigma resulta un indicador detrimental en el proceso.

De igual manera otros autores han reseñado el estigma como una señal específica del estereotipo, el prejuicio y la discriminación (Ottati et al., 2005). En esta teoría, los elementos sociales del estigma consisten en las representaciones cognitivas compartidas socialmente que asocian de manera inexacta a las PPSM que poseen ciertas características negativas. Ottati et, al. (2005) y colegas observaron que reacciones negativas emocionales como el prejuicio y/o comportamientos negativos como la discriminación de los estigmatizadores.

Comparable con el modelo anterior, Corrigan & Watson (2005) presentaron un modelo social-cognitivo de respuesta personal al estigma. El mismo comienza cuando las PPSM conocen las imágenes culturales negativas que caracterizan a su grupo (autoestereotipamiento). Los autores señalan que esto los conduce al autoprejuicio y la autodiscriminación (Corrigan & Watson, 2005).

Entonces, al determinar la respuesta personal de la persona al estigma, se identifican elementos sociales como las representaciones colectivas (estereotipos culturales, jerarquías sociales percibidas e ideologías sociopolíticas). Estas representaciones son activadas por premisas cognitivas (información de la situación) que influyen en si el estigma enfrentado es evaluado como legítimo o ilegítimo. Al igual que otros modelos, Corrigan & Watson (2005) sitúan los efectos primarios del estigma en la respuesta emocional y la autoestima de la PPSM. Como resultado de esto se desarrolla el distanciamiento social, la dificultad en la búsqueda de ayuda, la mala adherencia al tratamiento o pesimismo sobre su recuperación (Corrigan & Watson, 2005).

Otras teorías sociológicas han considerado al estigma desde una perspectiva simbólica

interaccionista, o sea, partiendo de la consideración de la persona y el entorno como unidades separadas con interacciones entre ellas. Scheff (1966, como se citó en Yang, et al., 2007) sugirió una teoría etiquetadora del trastorno mental en la que el empleo de etiquetas de anormalidad a los individuos conducía a autopercepciones y oportunidades sociales vulnerabilizadas. Señaló el autor que los estereotipos de la enfermedad mental se aprenden durante la socialización y se refuerzan a diario. Relacionado con lo anterior, Scheff subraya que, una vez infundido el papel estereotipado de paciente, podría emerger como un estatus principal, esto debido a la naturaleza altamente desacreditadora. Es entonces cuando las respuestas de otros (como la exclusión social) bloquean los intentos de retornar a los roles sociales habituales (Scheff, 1966 como se citó en Yang, et al., 2007).

Autores como Link et al., (1989) elaboraron sobre la afirmación de Scheff en el sentido de que el proceso de etiquetamiento era la causa principal de las conductas sintomáticas. Propusieron una “teoría del etiquetamiento modificado”, la cual destacaba que el etiquetamiento ubica en riesgo a las PPSM a causa de los resultados negativos que pueden exacerbar desórdenes mentales ya existentes (Link et al., 1989). Los autores plantearon que las expectativas de devaluación se tornan relevantes una vez que sucede el etiquetamiento oficial durante el tratamiento. Señalaron Link y colegas (1989) que las consecuencias psicosociales negativas pueden dimanar de las creencias de rechazo anticipado o de la respuesta individual al estigma, lo que aumentaría la debilidad del paciente provocando una posible recaída.

Ciertamente las etiquetas diagnósticas pueden clasificar a un paciente, pero también pueden reforzar el potencial rechazo y la exclusión (Angermeyer & Schulzer, 2001). La mayoría de los modelos teóricos antes mencionados abrazan diferentes enfoques al atender el asunto del estigma. En lo que sí concurren es que una PPSM estigmatizada se le hará difícil ser partícipe de

un programa de tratamiento por miedo al diagnóstico o a lo que los demás puedan decir. Peor aún para este paciente si la estigmatización proviene del proveedor de salud. Autores plantean que este tipo de estigmatización afecta el servicio de salud mental ofrecido y es una de las principales razones por las cuales las PPSM no buscan o no se adhieren al tratamiento (Beldie et al., 2012).

Las personas con problemas de salud mental soportan y experimentan vergüenza, ostracismo y marginación debido a su diagnóstico. Frecuentemente detallan las consecuencias del estigma de la salud mental como peores que las de la enfermedad en sí (The Lancet, 2016). Por ende, el estigma no solo es un problema interpersonal, sino que se tornan en una crisis de salud. Las PPSM mueren antes de lo que deberían, impulsadas no por el aumento de suicidios o lesiones, sino, también por la pésima salud física. Esto se debe a los efectos secundarios de los medicamentos (antipsicóticos obesogénicos), combinados con factores del estilo de vida como el tabaquismo, la falta de ejercicio y una dieta inadecuada (The Lancet, 2016). Otros efectos directos del estigma se podrán observar a continuación.

Estigma y la discriminación

El estigma y la discriminación contribuyen al deterioro de los síntomas y a la disminución y deseo de la búsqueda y adherencia al tratamiento. El estigma conduce a efectos negativos en la recuperación entre las personas diagnosticadas con enfermedades mentales graves. A continuación, se encuentran algunos efectos o consecuencias de la estigmatización sobre PPSM (Borenstein, 2020):

- Esperanza reducida
- Baja autoestima
- Aumento de los síntomas psiquiátricos.
- Dificultades con las relaciones sociales.

- Probabilidad reducida de permanecer con el tratamiento.
- Más dificultades en el trabajo.
- Renunciar a buscar ayuda o tratamiento.
- Aislamiento social.
- Falta de comprensión por parte de familiares, amigos, compañeros de trabajo.
- Menos oportunidades de trabajo, escuela o actividades sociales o problemas para encontrar vivienda.
- *Bullying*, violencia física o acoso.
- Los seguros de salud no cubren adecuadamente el tratamiento.
- La creencia de que nunca habrá éxito en ciertos desafíos o que la situación no mejoraría.

El estigma se considera como un propulsor de la desigualdad y silencia la indignación de las PPSM. Además, estos efectos son generalizados y perjudican el entusiasmo político, la recaudación de fondos y la disponibilidad a los servicios de salud mental locales. La finalidad de la sociedad en general debe ser la desmitificación de la enfermedad mental y la aceptación junto con otras condiciones de salud (Borenstein, 2020).

Estigma en el Profesional de la Salud Mental

El estigma hacia las enfermedades mentales en general y hacia la búsqueda de servicios de salud mental sigue siendo una de las razones más nombradas por las que las personas no buscan tratamiento (Corrigan, 2004). Las consecuencias del estigma son dañinas. El estigma alimenta el pensamiento estereotipado y los comportamientos perjudiciales hacia las personas que buscan servicios (Corrigan et al., 2002).

El impacto de la opinión pública, o sea, del estigma público, es lo suficientemente

poderosa como para influir en las creencias estigmatizantes de cada individuo sobre sí mismo y su aceptabilidad (Vogel et al., 2007). Investigaciones avalan que las personas interiorizan percepciones negativas sobre la enfermedad mental y el papel del estigma público en su desarrollo, es decir, la internalización del autoestigma (Link & Phelan, 2001; Vogel et al., 2007).

Las percepciones sociales negativas sobre las enfermedades mentales y la búsqueda de ayuda pueden tener consecuencias devastadoras, especialmente para las personas que padecen enfermedades mentales. Las PPSM pueden evitar buscar tratamiento por temor a recibir una etiqueta negativa. Investigaciones resaltan la noción de que el estigma público puede servir como una barrera directa no solo para buscar tratamiento, sino también, para la disposición de las personas de formar actitudes positivas y saludables sobre sí mismas y sus capacidades (es decir, mayor autoestigma)[Vogel et al., 2013; Campo-Arias et al., 2014]. Hansson y sus colegas (2013) hicieron énfasis en que la estigmatización o creencias estereotipadas de los profesionales de la salud mental se asemejan a las de la población en general.

La estigmatización de personas con enfermedades mentales está presente tanto en la población en general como en los profesionales de la salud. Las investigaciones han demostrado que los profesionales de la salud no son inmunes a las creencias estigmatizantes (Harris et al., 2016; Sánchez-Castillo, 2016; Olmo-Romero et al., 2017; Koutra et al., 2022). La insuficiencia de estudios que describan los procesos de exclusión y discriminación hacia las PPSM por parte de los profesionales de la salud en PR debe ser atendida con relevancia. Esta problemática del estigma se puede asociar con derechos humanos y con la lucha interminable para obtener servicios de salud mental para la población afectada.

Ante la situación planteada, la responsabilidad de cada profesional de la salud reconocer el estigma dirigido hacia las PPSM en cualquiera de sus facetas, ya sea el que proviene de la

sociedad en general, el autoestigma y más aún, el estigma generado por el propio profesional. La calidad y la eficacia de los tratamientos brindados por profesionales de la salud mental pueden verse afectados por sus prejuicios y por las opiniones dirigidas hacia las PPSM (Wang et al., 2013).

En relación con esto último, al considerar el estigma de la enfermedad mental como algo sumamente importante, también, se debe tener en consideración a los que están tratando a las PPSM, los profesionales de la salud mental (Cappiello, 2019). Durante muchos años se estuvo mencionando en la cultura americana que los proveedores de salud mental no poseen estigma hacia sus pacientes (Corrigan, 2005), claramente no están exentos de ser parte de los mensajes públicos de estigmatización hacia las personas que manejan desafíos de salud mental (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Hansson y sus colegas (et al., 2013) hicieron énfasis en que la estigmatización o creencias estereotipadas de los profesionales de la salud mental se asemejan a las de la población en general.

Aunque parezca insólito, Harris y sus colegas (et al., 2016) consideraron que es un problema serio el de la perpetuación del estigma en los proveedores de servicios de salud mental. Estos autores encontraron que el 75 % de la muestra de los proveedores de salud se identifican con haber tenido una experiencia y haber recibido servicios de salud mental (Harris et al., 2016). Los autores refieren que estos proveedores estigmatizaron menos, o sea, que estas experiencias con situaciones de salud mental resultaron en una baja en la estigmatización a PPSM. Además, también mostraron que el recibir servicios de salud mental no los convierte en discapacitados, ya que el 75% de la muestra de empleados de un hospital no podría estar discapacitado, el hospital no funcionaría (Harris et al., 2016).

Harris hizo énfasis en que una de las circunstancias por las que estos son resistentes a la

disminución del estigma es la llamada “ilusión del clínico” (Harris et al., 2016). Este concepto significa que los profesionales de la salud mental suelen trabajar con muchos casos, muchos de ellos crónicos, pero con el tiempo, aquellos que no se recuperan bien como para dejar la terapia, se acumulan en número. Según Harris et al., (2016), este fenómeno distorsiona las percepciones provocando un mayor estigma y evaluaciones negativas de los pacientes de salud mental. Basado en la literatura sobre la “ilusión de los clínicos”, los que se sienten que sus tratamientos han sido poco efectivos experimentan quemazón y se desentienden de su rol como profesional, aumentando así su percepción sobre el estigma hacia las PPSM (Cohen & Cohen, 1984).

De acuerdo con los planteamientos que se han realizado por Tillman y sus colegas (et al., 2018) en una investigación realizada con profesionales de la salud mental de las ramas de la consejería, trabajo social y psicología, incluyendo estudiantes del departamento de psicología, en donde encontraron estereotipos asociados al concepto de distanciamiento social. Estos autores identificaron diferencias significativas en los niveles de deseo de distanciamiento social hacia PPSM en relaciones personales y sociales. Además, los datos indicaron que los profesionales mostraron un mayor deseo de distanciamiento social en las relaciones personales cercanas que en las relaciones sociales. Sin embargo, los estudiantes que fueron reclutados en el departamento de psicología no presentaron diferencias significativas en el factor de distanciamiento social (Tillman et al., 2018).

Contrario a lo previamente citado, Mannarini & Boffo (2015) encontraron en una muestra de estudiantes de psicología elevados índices que sugieren una tendencia a estigmatizar contra las PPSM (trastorno de adicción). Además, estos estudiantes de psicología rechazaron establecer cualquier tipo de relación interpersonal con ellos (Mannarini & Boffo, 2015).

Stuber y sus colegas (et al., 2014) resaltaron que profesionales de la salud mental,

incluidos terapeutas y psicólogos, presentaron actitudes más positivas hacia las PPSM, pero solo cuando son comparados con la población en general. Pero, aun así, estos continúan teniendo creencias negativas acerca de estereotipos tales como que son peligrosos, que poseen un pobre deseo de mejorar y, por tanto, desearon mantener el distanciamiento social (Stuber et al., 2014). Muy interesante resaltar los datos obtenidos por Pranckeviciene y colegas (et al., 2018) en donde encontraron que el mayor distanciamiento social provino de psicólogos con menos de cinco años de experiencia profesional.

La literatura resalta que estudiantes de psicología mostraron estereotipos como el pensar que una persona es responsable de su problema mental. Esto se encuentra asociado a un aumento en el nivel emocional de coraje, lo que podría disparar un doble comportamiento (Pingani et al., 2021). Según los autores, en una mano el profesional de la salud mental tiene el deseo de ayudar a la PPSM y en la otra, el deseo de confinamiento y segregación. Señalaron Pingani y sus colegas (et al., 2021) que esto aumenta los niveles de lástima y el uso de herramientas coercitivas (tratamiento obligatorio, restricciones y administración forzada de medicamentos) en el tratamiento de la salud mental.

Los datos obtenidos con estudiantes de psicología de tercer año citados anteriormente evidenciaron que el estigma tuvo su inicio en dos comportamientos, la coerción y el querer ayudar a los pacientes. Pingani (et al., 2021) plantearon que la existencia de esos dos elementos está asociada con la necesidad de segregar a las PPSM, lo que posteriormente conduce al coraje. Los autores plantean que el coraje contra los que utilizan servicios de salud mental aumenta la pena del profesional, debido a que se piensa que las PPSM no pueden tener control de sus vidas (Pingani et al., 2021).

De manera semejante, se identificaron estudios realizados con estudiantes de psicología

que piensan que los rasgos de personalidad son inmutables (Lyndon et al., 2016). Según el autor, estos estudiantes tienen mayor probabilidad de estigmatizar a las PPSM deseando un mayor distanciamiento social de ellos. En esta misma línea, Johnson y colegas (et al., 2020) estudiaron las reacciones de estudiantes de psicología bajo un caso hipotético de un compañero de estudios con problemas de salud mental. Según los datos arrojados, las atribuciones de responsabilidad, debido a su condición de salud mental se asociaron positivamente con reacciones emocionales negativas y con disposiciones conductuales estigmatizantes. Además, estos autores (Johnson et al., 2020) encontraron que el 28.8 % de la muestra no conocían a nadie con una enfermedad mental y estos respaldaron un mayor deseo de distanciamiento social, lo cual es consistente con investigaciones previas realizadas por Lee & Seo (2018). Estos autores identificaron que la experiencia de contacto con PPSM tenía un efecto directo sobre el distanciamiento social.

Masedo (et al., 2021) y colegas investigaron en una muestra de estudiantes (enfermería, medicina, terapia ocupacional y psicología) los niveles de estigma dirigidos a las PPSM. De los resultados se desprende que los estudiantes de enfermería y medicina mostraron actitudes más negativas que los de psicología y terapia ocupacional en un análisis de peligrosidad y pronósticos pesimistas (Masedo et al., 2021). Aunque los de psicología mostraron menor carga negativa hacia PPSM en comparación con los de medicina y enfermería, aun así, los autores sugieren la necesidad de educación referente al tema del estigma. Además, los autores encontraron que los estudiantes de psicología reportaron estar en mayor desacuerdo que el resto de los estudiantes en la necesidad de evaluar la salud física de las PPSM, minimizando así los problemas físicos, al igual que los programas de psicología tienden a no incluir aspectos médicos en sus currículos académicos (Masedo et al., 2021).

Por otro lado, en un estudio donde se comparan los niveles académicos como factor

importante que influencia aspectos de distancia social. Pranckeviciene (et al., 2018), obtuvo como resultado de un análisis ANCOVA que los estudiantes de maestría y doctorado en psicología informaron menos distanciamiento social hacia las PPSM en comparación con los estudiantes de bachillerato. También, se ha demostrado cómo el estigma puede transmitirse de los profesionales de la salud que actúan como instructores a sus estudiantes en programas de grado o en cursos de formación en salud (Brown et al., 2015; Pranckeviciene et al., 2018).

Como puede observarse, la literatura es clara y consistente, existe un problema que hay que atender con premura. Ya de por sí, el tener un diagnóstico de salud mental es un peso considerable en el diario vivir de cualquier ser humano. Basta con las dificultades para el acceso a los pobres servicios públicos y privados. A esto hay que sumarle todos los factores por los cuales la sociedad en general discrimina contra las PPSM. Esto sin mencionar el estigma que proviene del profesional de la salud mental, que exacerba los sentimientos negativos del paciente perjudicando enormemente el tratamiento y la búsqueda de ayuda de las PPSM.

Cabe señalar que, entre todos los factores, la distancia social y la falta de voluntad para establecer relaciones interpersonales son parte de las consecuencias más comunes del estigma asociado a las personas con problemas de salud mental (Link et al., 1987). Estos factores sirven como señal de la discriminación a nivel individual (Corrigan et al., 2001) y del porque algunos profesionales de la salud mental no quieren interactuar con personas con PPSM. Estas, en conjunto con la distancia social, las atribuciones caracterológicas (violentos, peligrosos) y problemas de autosuficiencia (incapaces de cuidarse por sí solos) afectan y hacen vulnerables las PPSM. Además, pueden inhibir los procesos de recuperación y crear dificultades para conseguir vivienda y empleo.

Para dar por terminado, la literatura ha sido clara y específica. Adjudica consecuencias

nefastas sobre las personas que son víctimas de discriminación al poseer algún diagnóstico de salud mental. Se ha podido observar cómo la estigmatización proviene de todos los ámbitos, del trabajo, instituciones, familia y la sociedad en general. Según se ha citado durante el escrito, no podemos pasar por alto los profesionales, que son aquellos llamados a lidiar con problemas de salud, entre los cuales se incluyen a los pacientes de salud mental. Es evidente entonces y sumamente importante hacer hincapié en aquellos especializados en la salud mental, como lo son los psicólogos. Los datos revisados mostraron niveles elevados de estigmatización tanto en poblaciones de psicólogos ejerciendo su práctica, como aquellos en formación. Se debe prestar la importancia que esta situación amerita por el bienestar de las PPSM realizando así un equilibrio sobre las inequidades.

Integración

Como se puede observar en los datos anteriormente descritos, existe un sinnúmero de investigaciones que abarcan la temática del estigma hacia las personas con un diagnóstico mental por parte de profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogas/os, médicos, enfermeras/os, entre otros). Los datos encontrados muestran niveles elevados de estigma por parte de estos profesionales, incluyendo psicólogos en formación. Muy pocos investigadores han dedicado sus esfuerzos en evaluar este fenómeno en la población de estudiantes en formación de salud mental. Esta RLS pretende identificar si la literatura científica evidencia que los profesionales de la salud mental en formación muestran actitudes estigmatizantes dirigidas a las personas con estos diagnósticos.

Después de haber seleccionado la literatura que sientan las bases para esta investigación, describiendo el método investigativo. De esta forma, el lector comprenderá los procesos que se realizaron en la búsqueda, identificación, selección de los artículos, recolección de los datos y

evaluación de la calidad de la evidencia. Además, facilitará entender la síntesis de los artículos, sus respectivas bases de datos y los criterios de inclusión y exclusión.

Búsqueda de Literatura

De León-Casillas y colegas (2019) enfatizan que, a pesar de que la revisión de literatura promueve la transparencia de los métodos utilizados, ese tipo de metodología “no es apropiada para hacer inferencias cuantitativas” (p. 36). Los autores estipulan que las fases de la revisión de literatura pueden ser flexibles, adaptadas y modificadas para facilitar su uso.

Fases de la Revisión de Literatura

La Fase I consiste en realizar la identificación y búsqueda de artículos revisados por pares en bases de datos científicas. Es de suma importancia recopilar los datos en cuanto a los filtros utilizados, anotar la cantidad de artículos, los nombres de las bases de datos, los datos de identificación de los artículos y sus respectivas fechas (De León-Casillas et al., 2019). Según estos autores, la Fase II es la selección de artículos que forman la revisión de literatura basándose en los criterios de inclusión y exclusión. Por tal razón, es necesario descartar tanto los artículos duplicados como los artículos que sus títulos y/o resúmenes no son elegibles según los objetivos de esta investigación.

Según De León-Casillas y sus colegas, en la Fase III se acopian los datos de las investigaciones que aborden a: la problemática que se pretenda resolver, marco conceptual, propósito, objetivos, preguntas de investigación, diseño del estudio, variables, intervenciones y/o consecuencias. Además, es de vital importancia valorar los resultados de la investigación, conclusiones, hallazgos y limitaciones para poder pasar a la siguiente fase. La Fase IV se encarga de evaluar la calidad de cada artículo elegido examinando su integridad metodológica. Es en la Fase V es donde sintetizan los artículos seleccionados, evaluando la consistencia de los datos

adquiridos y en la Fase VI donde se redacta el escrito de investigación (De León-Casillas et al., 2019).

Proceso de Consulta

Esta disertación investiga sobre cómo el estigma afecta a los pacientes de salud mental trastocado sus procesos de recuperación y tratamiento. Explora como las PPSM son estigmatizadas por profesionales de la salud (psicólogos). Enfatiza el encontrar literatura específica que avale la producción de este fenómeno en poblaciones de profesionales de la salud en formación en salud mental. Después de recolectar la literatura que fundamenta esta investigación, se procede a describir el método utilizado para la redacción de este escrito. Se incluyen los procesos realizados al utilizar las bases de datos, los procesos de consulta, criterios de inclusión y exclusión de los artículos, disertaciones y demás investigaciones y, la evaluación de la calidad de estos (De León-Casillas et al., 2019).

Estos autores hacen hincapié en que las publicaciones plantean estándares inviables para las ciencias sociales ya que enfatizan en la adherencia a manuales específicos que requieren homogeneidad metodológica y estudios experimentales con aleatorización, los cuales no son comunes en las ciencias sociales (De León-Casillas et al., 2019). Considerando lo antes expuesto por estos autores, se procede a describir cómo se realizó la conceptualización, para guardar la esencia de lo pragmático según las guías establecidas y adaptadas de los escritores y la delimitación según el flujograma Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Moher, et al., 2015).

Bases de Datos

En la búsqueda sistémica de literatura para esta disertación se utilizaron diferentes bases de datos que incluían y no se limitaban a temas de ciencias y psicología. Estas tienen acceso

remoto a través de las bibliotecas en línea de la Universidad Interamericana, Recinto de San Germán y de la Biblioteca General de la Universidad de Puerto Rico, Recinto Universitario de Mayagüez. Se incluyeron las siguientes bases de datos en línea: Academic Search Ultimate, APA Psynfo, CINAHL, Dissertations & Theses Global, EBESCO, ProQuest One Academic, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PubMed. Gov, SAGE, Springer y TAYLOR & FRANCIS. La búsqueda de los artículos utilizados para esta revisión de literatura se realizó desde agosto 2020 hasta diciembre 2022 y se actualizó en los meses de enero a junio 2023. Por otro lado, es importante establecer que hay estudios que cumplían con los criterios establecidos en esta investigación por título o resumen, no obstante, no se pudieron utilizar ya que conllevaban un alto costo de acceso.

Términos de Búsqueda

Las bases de datos utilizadas en esta RLS se accedieron por medio de la página de la biblioteca de la Universidad Interamericana de PR, Recinto de San Germán y de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Mayagüez. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda para la identificación de la información: *stigma in mental health patients, stigma in mental health people, stigma and mental health, mental health professional, students in training, professionals in training in mental health* (Véase la Tabla 1).

Posterior de haber colocado los términos, se prosiguió a delimitar los filtros a través de la búsqueda avanzada. Los filtros utilizados fueron los siguientes: término de año de 2016 a 2022, idiomas inglés y español, revisado por pares, texto y descripción completa de referencias y bibliografías. La base de datos realizó la búsqueda de forma automática por lo que incluyó términos de unión (AND u OR).

Tabla 1*Términos de búsqueda y cantidad de artículos por base de datos*

Bases de Datos	Términos de Búsqueda	Total	Duplicado	Excluido por Título	Excluido por Resumen	Excluido por Texto	Incluido/Excluido
Academic Search Ultimate	stigma in mental health patients, stigma in mental health people, stigma and mental health, mental health professional, students in training, professionals in training in mental health	820	2	816	0	1	1
APA PsycInfo	stigma in mental health patients, stigma in mental health people, stigma and mental health, mental health professional, students in training, professionals in training in mental health	140	0	135	3	1	1
CINAHL	stigma in mental health patients, stigma in mental health people, stigma and mental health, mental health professional, students in training, professionals in training in mental health	96	0	96	0	0	0
ProQuest Dissertations & Theses Global	stigma in mental health patients, stigma in mental health people, stigma and mental health, mental health professional, students in training, professionals in training in mental health	308	0	302	0	0	6
EBESCO	stigma in mental health patients, stigma in mental health people, stigma and mental health, mental health professional, students in training, professionals in training in mental health	623	0	621	2	0	0
ProQuest One Academic	stigma in mental health patients, stigma in mental health people, stigma and mental health, mental health professional, students in training, professionals in training in mental health	395	0	393	1	0	1
Psychology and Behavioral Sciences Collection	stigma in mental health patients, stigma in mental health people, stigma and mental health, mental health professional, students in training, professionals in training in mental health	178	0	174	1	1	2
PubMed Gov	stigma in mental health patients, stigma in mental health people, stigma and mental health, mental health professional, students in training, professionals in training in mental health	678	0	678	0	0	0

Términos de búsqueda y cantidad de artículos por base de datos (continuación)

Bases de Datos	Términos de Búsqueda	Total	Duplicado	Excluido por Título	Excluido por Resumen	Excluido por Texto	Incluido/Excluido
SAGE	stigma in mental health patients, stigma in mental health people, stigma and mental health, mental health professional, students in training, professionals in training in mental health	490	0	489	0	1	0
Springer	stigma in mental health patients, stigma in mental health people, stigma and mental health, mental health professional, students in training, professionals in training in mental health	138	0	138	0	0	0
TAYLOR & FRANCIS	stigma in mental health patients, stigma in mental health people, stigma and mental health, mental health professional, students in training, professionals in training in mental health	285	0	280	5	0	0

Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión son muy importantes ya que son características que harían que los estudios fueran o no elegibles. Las revisiones de literatura abordan preguntas amplias y es probable que una búsqueda de términos recupere un enorme volumen de literatura. Al utilizar los criterios de inclusión y exclusión, la cantidad de literatura a examinarse será más manejable y se identificarán artículos relevantes para la revisión. De esta manera se minimiza el riesgo de sesgo y permite al lector emitir un juicio sobre la validez de la revisión (Toronto & Remington Eds., 2020). Además, los artículos elegidos deben estar revisados por pares y cumplir con los criterios de calidad establecidos por el método científico.

Los artículos se evaluaron según los criterios establecidos en esta revisión: investigaciones sobre el estigma de profesionales de la salud mental en formación hacia las PPSM. Estos estudios debían estar limitados a: artículos en español o inglés, dentro del término de los últimos siete años o desde el 2016 al 2022 (Véase tabla 2).

Tabla 2*Criterios de inclusión y exclusión*

Criterio	Justificación
Inclusión:	
Estudios, disertaciones, libros o escritos revisados por pares sobre el estigma de profesionales de la salud mental en formación hacia personas con problemas de salud mental.	El propósito de esta revisión de literatura sistemática es identificar, recopilar y delimitar artículos revisados por pares basados en el estigma hacia pacientes de salud mental entre profesionales en formación.
Artículos publicados en inglés y español.	El investigador domina la lectura de ambos idiomas.
Abarcar los conceptos de estigma de salud mental, profesional de la salud, estudiante en formación, distanciamiento social y atribuciones de carácter. También, términos relevantes similares.	El enfoque de la revisión es identificar si la literatura científica evidencia que los profesionales de la salud mental en formación muestran actitudes estigmatizantes dirigidas a las personas con problemas de salud mental.
Publicaciones entre los años del 2016-2022.	Se incluyen artículos en un rango de siete años para obtener investigaciones actualizadas, según sostienen: las guías de redacción de disertaciones según APA y el manual de disertación de la institución.
Exclusión:	
Estudios redactados en otros idiomas distintos al español e inglés.	El investigador domina la lectura de ambos idiomas
Artículos que abarquen otros tipos de investigaciones sobre estigma en salud mental con profesionales que no sean estudiantes en formación de salud mental.	El estigma de la salud mental es un tema con un alcance muy amplio y esta revisión de literatura pretende obtener resultados sobre investigaciones enfocadas en el estigma de estudiantes en formación hacia personas con problemas de salud mental.
Artículos publicados antes del 2018 o después del 2022	Escritos publicados dentro del rango del 2018 al 2022 estarían más actualizados a la fecha de la revisión.

La identificación de cada uno de los artículos consistía en la evaluación de cada criterio de inclusión y exclusión. Esta sería la forma adecuada de delimitar la RLS. Se inició analizando cada título, resumen, abstracto o la totalidad de cada artículo. De esta manera se alcanzó a reducir los artículos que aparecieron tras la búsqueda en las diferentes bases de datos. El proceso de elección de artículos o investigaciones fue basado en guías establecidas por *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* (Moher et al., 2015; Toronto & Remington Eds., 2020; De León-Casillas, et al., 2019). Estas guías proporcionan un flujograma que ayuda al proceso de ilustrar los artículos que serán parte de la RLS y cuáles de ellos fueron descartados por los criterios de exclusión. Está compuesto por los registros identificados a través de la búsqueda de las bases de datos, registros provenientes de otras

fuentes revisadas por pares, remoción de duplicados, artículos evaluados, artículos excluidos y artículos incluidos. Después de escoger cada artículo que será incluido en la revisión de literatura, se consultó con el comité de disertación para la cantidad resultante de artículos. El total de investigaciones se alcanzó cuando se encontraron los artículos disponibles, después de estos haber sido sometidos a evaluación bajo los criterios de inclusión y exclusión.

Figura 1. *Flujograma, PRISMA*

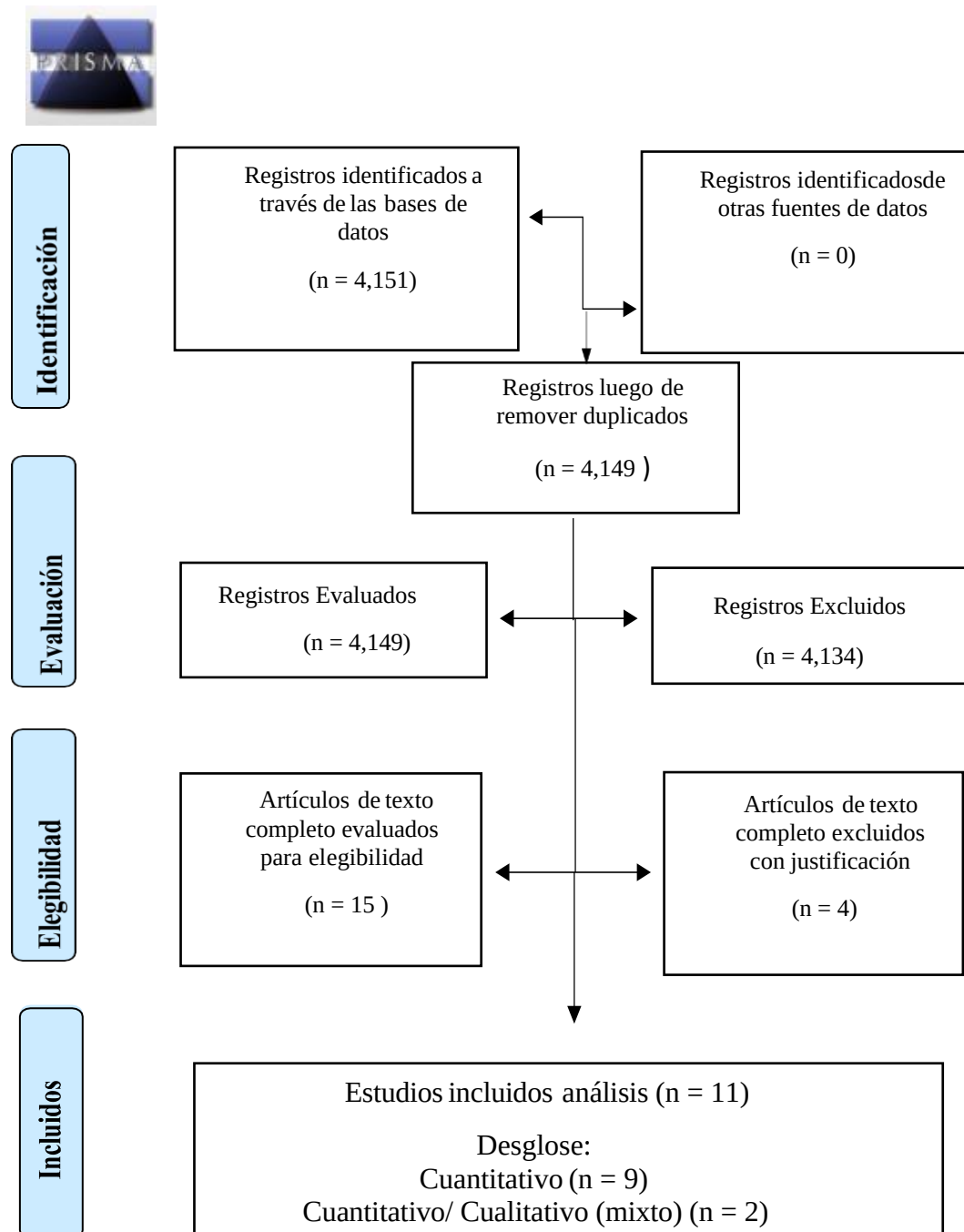


Tabla 3*Estudios incluidos y base de datos*

Título	Base de Datos
Graduate Education in Counseling and Related Educational Programs and the Stigma of Mental Illness	ProQuest One Academic
Clinical Mental Health Counseling Students' Views of Serious Mental Illness and Persons with Serious Mental Illness	ProQuest Dissertations & Theses Global
Inside Job: Examining the Influence of Training on Mental Health Stigma and Social Distancing Among Psychology Trainees	ProQuest Dissertations & Theses Global
The Evaluation of Attitudes Towards Individuals with Mental Illness Among Counselors in Training	ProQuest Dissertations & Theses Global
Undergraduate Psychology Students' Perceptions of Schizophrenia	ProQuest Dissertations & Theses Global
Do Fourth Year Clinical Psychology Doctoral Students Have Less Stigmatizing Attitudes Toward Persons with Schizophrenia than First Year Students? A Cross Sectional Study	ProQuest Dissertations & Theses Global
The Stigmatization of Mental Illness Among Mental Health Professionals: Comparing Graduate Students to Practicing Providers	ProQuest Dissertations & Theses Global
Stigma and Perceived Aggression Towards Schizophrenia in Female Students of Medicine and Psychology	APA PsycInfo
Social Distance in Lithuanian Psychology and Social Work Students and Professionals	Academic Search Ultimate
Social Distance from Mental Illness Among Counseling, Social Work, and Psychology Students and Helping Professionals	Psychology and Behavioral Sciences Collection
College Students' Stigmatization of People with Mental Illness: Familiarity, Implicit Person Theory, and Attribution	Psychology and Behavioral Sciences Collection

Evaluación de la Calidad de los Estudios

En esta fase de evaluación de la calidad de los estudios autores como Whittemore y Knafl (2005) sugieren que se integren puntuaciones que determinen la “calidad metodológica, valor informativo y representatividad de las fuentes primarias de información”(p.550). En esta revisión de literatura sistemática, para evaluar la calidad de los estudios se utilizó el instrumento Quality Assessment Scoring o QualSyst desarrollado por Kmet et al., (2004). Estos autores definen la

calidad como la validez interna o el grado en el cual el diseño, ejecución y análisis del estudio minimiza errores y sesgos (Kmet et al, 2004, England, 2012, p. 35). Este instrumento posee dos sistemas de evaluación de calidad por separado, uno para reportes de estudios cuantitativos y otro para el reporte de estudios cualitativos y/o mixtos. Se esperó que la evaluación de cada estudio incluido resulte en un 55 % o más de medida de calidad.

QualSyst asegura que los estudios incluidos poseen una medida estándar de calidad mínima (Kmet et al, 2004, p. 9). Para cumplir con este proceso, se dividieron los estudios incluidos en dos grupos, uno de estudios cuantitativos y otro de estudios cualitativos y/o mixtos. Se utilizó la lista de cotejo correspondiente al tipo de estudio (Véase Tabla 4 y Tabla 5). Estas se encuentran en las siguientes tablas:

Tabla 4

Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et al., 2004)

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
	Question / objective sufficiently described?				
	Study design evident and appropriate?				
	Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?				
	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?				
	If interventional and random allocation was possible, was it described?				
	If interventional and blinding of investigators was possible, was it reported?				
	If interventional and blinding of subjects was possible, was it reported?				
	Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias?				
	Means of assessment reported?				
	Sample size appropriate?				

Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et al., 2004) (continuación)

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
	Analytic methods described/justified and appropriate?				
	Some estimate of variance is reported for the main results?				
	Controlled for confounding?				
	Results reported in sufficient detail?				
	Conclusions supported by the results?				

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 5*Evaluación de calidad para estudios cualitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)
	Question / objective sufficiently described?			
	Study design evident and appropriate?			
	Context for the study clear?			
	Connection to a theoretical framework / wider body of knowledge?			
	Sampling strategy described, relevant and justified?			
	Data collection methods clearly described and systematic?			
	Data analysis clearly described and systematic?			
	Use of verification procedure(s) to establish credibility?			
	Conclusions supported by the results?			
	Reflexivity of the account?			

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

CAPÍTULO III

MÉTODO

Las revisiones sistemáticas son resúmenes claros y estructurados de la información recuperada dirigida a contestar una pregunta específica. Están constituidas por diversos artículos y fuentes de información, representando el alto nivel de evidencia científica en el tema que aborda. Las revisiones sistemáticas poseen y describen un proceso de elaboración transparente y comprensible que recolecta, selecciona, evalúa y resume toda la evidencia disponible (Letelier et al., 2005).

La revisión de literatura sistemática no es arbitraria, ni subjetiva, si no que, es la mejor producción de literatura científica disponible haciendo uso de las mejores fuentes accesibles. No descarta ni incluye nada hasta seguir los criterios explícitos, dando a conocer las fuentes utilizadas, criterios de búsqueda, de selección y de exclusión (Codina, 2016). Además, sostiene una metodología detallada que aporta importancia científica a las ciencias sociales y otras áreas de la salud (González & Balaguer, 2009). Según González y Balaguer la lectura crítica de investigaciones científicas es un proceso fundamental en el contexto de la ciencia basada en la evidencia. En esta se encuentran tres conceptos esenciales a contestar en cualquier artículo: valorar si son válidas científicamente (verdaderas y con rigor científico), determinar si son importantes (valiosas y relevantes al lector) y si son aplicables a la práctica clínica.

Este capítulo presenta de manera sistematizada los métodos que se utilizan para evaluar objetivamente el estigma hacia PPSM entre profesionales de la salud mental en formación. También, describe los análisis de los datos, como se disminuyeron y se desplegaron, incluyendo su análisis temático, la razón de inclusión y el rigor metodológico (González & Balaguer, 2009).

Análisis de los Datos

Evaluar la calidad de los datos recuperados en la revisión de literatura sistemática es de suma importancia, ya que de esta manera se mantiene una validez interna conducente a conclusiones confiables (González & Balaguer 2009; De León-Casillas, et al., 2019). González & Balaguer exponen que es necesaria la evaluación exhaustiva y metodológica que cada artículo, ya que no todos aseguran validez en sus procesos metodológicos y resultados. Según los autores, es necesario efectuar preguntas detalladas que permitan al investigador analizar que investigaciones son significativas, la calidad de estas, la precisión de sus resultados y si se pueden poner en marcha en otros escenarios clínicos. Después de estos análisis detallados, se podrán excluir algunos estudios considerados como irrelevantes (Phelps & Campbell, 2012) [Véase la Tabla 6].

Reducción y Despliegue de los Datos

Una revisión de literatura sistemática es un artículo que sintetiza la evidencia disponible donde se realiza una revisión de aspectos cuantitativos o cualitativos. Estas combinan diferentes artículos investigativos con metodología validada con el propósito de añadir literatura basada en evidencia a la práctica clínica. Con base en los elementos específicos de las preguntas y objetivos de investigación de esta revisión, se analizó cada estudio incluido (Phelps & Campbell, 2012). Se requiere de preguntas bien formuladas, metodologías explícitas y búsquedas profundas sobre el tema (Whittemore & Knafl, 2005). Para lograr alcanzar una reducción y despliegue de datos adecuado se evaluaron los artículos encontrados basándose en los criterios de inclusión y exclusión. Luego de haber reducido la cantidad de investigaciones encontradas se procedió a leer cada una de ellas en cada uno de sus segmentos: título, resumen, introducción, metodología, validez interna y externa, forma de análisis de datos, síntesis de datos, resultados, discusiones y

conclusiones (González & Balaguer, 2009). Luego se analizaron los artículos, sus autores, métodos y hallazgos clasificando cada dato. De esta forma se alcanzó la reducción de datos, implicando técnicas de extracción y codificación de fuentes primarias para simplificar, abstraer, enfocar y organizar la información obtenida (Whittemore y Knafl, 2005).

Comparación y Conclusión de los Datos

La comparación y la conclusión de los datos proporciona claridad de apoyo empírico y teórico, organización, enfoque y orden a las fuentes primarias de investigación. Implica un proceso iterativo de examinación de la información recuperada de las fuentes primarias identificando patrones, temas o relaciones (Whittemore & Knafl, 2005). Según González y Balaguer (2009), es una estimación del efecto de las intervenciones basándose en los resultados de todas las investigaciones con bases científicas disponibles. Para alcanzar la claridad y el apoyo empírico, los autores Whittemore & Knafl (2005) proponen que se realice un escogido de variables específicas y similares y, agruparlas para representar la comparación. En esta revisión de literatura esto se encuentra plasmado en tablas, figuras y de forma narrativa, para lograr que pueda ser reproducida por la comunidad científica. Los artículos incluidos en esta revisión se encuentran colocados en el flujograma PRISMA (Véase Figura 1) y en la tabla de estudios incluidos con sus correspondientes bases de datos (Véase Tabla 3).

Análisis Temático

Según Toronto & Remington (Eds., 2020) un análisis temático (AT) es un método flexible y ampliamente utilizado para identificar, analizar y reportar patrones dentro de los datos. Se utiliza para identificar y organizar los conceptos principales, recurrentes o más importantes. González y Balaguer (2009) exponen que el objetivo primordial de un AT es valorar si los métodos y resultados son adecuados para obtener nueva data con valor metodológico. Además, Whittemore & Knafl (2005) señalan, que la creatividad, el análisis de la información, la

elaboración y verificación de conclusiones que apoyan un análisis temático promueve una fase de resultados y una discusión con enfoque metodológico. Esto propicia la síntesis temática y la estructuración de los datos obtenidos.

Ya que esta RL esta guiada por preguntas y objetivos de revisión, el AT pretende informar o responder a estos objetivos a través de la identificación de temas unificadores (Toronto & Remington Eds., 2020). En esta revisión de literatura, el proceso de AT se realiza cuando se revisan cada uno de los artículos según los criterios de inclusión en cuanto al estigma de los profesionales de la salud en formación hacia PPSM. Los datos recuperados se evaluaron de la siguiente manera: autores, año de publicación, título del estudio, objetivos, metodología, muestra, resultados y hallazgos. Se examinaron los datos a través de la reducción de datos, despliegue de datos, comparación y conclusión de datos (Whittemore & Knafl, 2005).

Exclusión de los Estudios

Al momento de hacer la selección de artículos para la revisión de literatura se tuvo en consideración los criterios de inclusión y exclusión. Esto con el propósito de alcanzar el rigor metodológico y la sistematización, logrando así la replicabilidad. Luego de haber redactado los criterios se procedió a evaluar cada uno de los artículos revisados por pares. Algunos de ellos fueron excluidos por título, resumen y otros por contenido. A continuación, se detalla en una tabla: el título, autor, año de publicación y razón de exclusión (Véase Tabla 6).

Tabla 6

Tabla de artículos excluidos con su respectiva razón de exclusión

Título	Autor	Año	Base de Datos	Razón de Exclusión
Challenging Mental Illness Stigma in Healthcare Professionals and Students: A Systematic Review and Network Meta-Analysis	Lien et al.,	2021	Academic Search Ultimate	No era la población requerida

Tabla de artículos excluidos con su respectiva razón de exclusión (continuación)

Título	Autor	Año	Base de Datos	Razón de Exclusión
Effectiveness of an Anti-Stigma Training on Improving Attitudes and Decreasing Discrimination Towards People with Mental Disorders Among Care Assistant Workers in Guangzhou, China	Li, et al.,	2019	APA PsycInfo	No era la población requerida
More Optimistic Recovery Attitudes Are Associated with Less Stigmatization of People with Mental Illness Among Healthcare Professionals Working on Acute and Semi-Acute Psychiatric Wards	Mötteli et al.,	2019	Psychology and Behavioral Sciences Collection	No era el tema requerido
Health Professionals' Experiences of And Attitudes Towards Mental Healthcare For Migrants and Refugees in Europe: A Qualitative Systematic Review	Peñuela-O'Brien et al.,	2019	SAGE	No era el tema requerido

Rigor Metodológico

La agrupación de artículos investigativos suele ser una herramienta necesaria a la hora de obtener prácticas basadas en evidencia. Los revisores de literatura deben plasmar cada paso realizado, emitir juicios sobre las fortalezas y debilidades metodológicas de los estudios incluidos antes de hacer inferencias sobre el fenómeno de interés para lograr rigor. El rigor metodológico está asociado a la calidad de la investigación. La calidad se describe como la utilización de medidas para minimizar el sesgo en el diseño. El sesgo es cualquier cosa que distorsiona de manera sistemática o predecible los resultados (Toronto & Remington Eds., 2020). El investigador principal de esta RS se aseguró de anotar cada dato, verificar cada una de las bases de datos descritas anteriormente, implementar criterios de inclusión y exclusión lo cual facilitó y delimitó los hallazgos. Se siguieron las recomendaciones de los escritores De León-

Casillas, et al., (2019), Whittemore & Knafl (2005) y Toronto & Remington Eds., (2020) con el propósito de salvaguardar resultados fidedignos y con validez científica.

Síntesis del Capítulo

Esta RLS está compuesta por artículos que revisan investigaciones recuperadas bajo ciertos criterios de inclusión abordando el tema del estigma de los profesionales de la salud en formación hacia PPSM. Torracó (2016) plantea que es importante comprender que el objetivo principal de una RLS es establecer un mejor entendimiento de un tema por medio de la síntesis de diversas fuentes. Define la síntesis como un proceso creativo que produce un nuevo modelo, marco conceptual u otra concepción única informada por el conocimiento del autor sobre el tema abordado. Los resultados de la RL no deben ser un “volcado de datos” (Torraco 2005, p. 362). El objetivo es formar un nuevo todo integrando toda la evidencia recopilada de las diversas fuentes de literatura.

Esta RLS se constituye por un sin número de pasos que en conjunto le otorgan transparencia y rigor metodológico. Esto les permite a otros investigadores la oportunidad de replicar este estudio. En esta RLS se han delimitado los objetivos, las preguntas de investigación y los términos más relevantes que se han utilizado para fundamentar los criterios de inclusión y exclusión de los artículos. La búsqueda de los artículos utilizados para esta revisión de literatura se realizó desde agosto 2020 hasta diciembre 2022 y se actualizó en los meses de enero a junio 2023. Se realizó a través de las bibliotecas en línea de la Universidad Interamericana, Recinto de San Germán y de la Biblioteca General de la Universidad de Puerto Rico, Recinto Universitario de Mayagüez. Se incluyeron las siguientes bases de datos en línea: Academic Search Ultimate, APA PsycInfo, CINAHL, Dissertations & Theses Global, EBESCO, ProQuest One Academic, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PubMed. Gov, SAGE, Springer y TAYLOR &

FRANCIS. Basados en los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 11 estudios para ser parte de la investigación. De estos, 9 de corte cuantitativo y 2 de corte mixto. Luego se establecieron estos resultados en tablas y flujogramas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Este capítulo está basado en los análisis de las preguntas que se utilizaron para la valoración crítica de los artículos con las guías de QualSyst (Kmet et al., 2004). Las preguntas van dirigidas a contestar: ¿Qué evidencian los estudios sobre el estigma entre los profesionales de la salud mental en formación hacia las personas con problemas de salud mental? ¿Propulsa la disciplina o el nivel académico la disminución del estigma de los profesionales de la salud mental en formación hacia las personas con problemas de salud mental?

Por otro lado, los objetivos de conocimiento que rigen esta revisión sistemática son: Identificar si la literatura científica evidencia que los profesionales de la salud mental en formación muestran actitudes estigmatizantes dirigidas a las personas con problemas de salud mental e identificar si la literatura científica demuestra que la disciplina o el nivel académico disminuye el estigma de los profesionales de la salud mental en formación dirigido hacia las personas con problemas de salud mental.

Metodología

Los artículos evaluados por pares recopilados de forma sistemática y con pasos específicos presentan dos metodologías. Se clasificaron en estudios cuantitativos y estudios mixtos. El 81.8 % de los estudios (n=9) son de metodología cuantitativa y el 18.2 % (n =2) de metodología mixta. Estos se encuentran representados en la siguiente tabla:

Tabla 7

Metodología de los estudios

Metodología Cuantitativa	Metodología Mixta
McCray, 2021	Boen et al., 2022 (Mixta)
Kaplan, 2017	Waugh, 2019 (Mixta)
Kazemsoltani, 2017	

Metodología de los estudios (continuación)

Metodología Cuantitativa	Metodología Mixta
Boen, 2018	
Herron, 2016	
Tillman et al., 2018	
Lyndon et al., 2019	
Fresán et al., 2018	
Pranckeviciene et al., 2018	

Evaluación de Calidad de los Estudios

Esta revisión sistemática está compuesta por 11 artículos que fueron evaluados por título, resumen y contenido, según los criterios de inclusión y exclusión. El 81.1 % de los estudios (n=9) son estudios cuantitativos y el 18.2 % (n=2) de metodología mixta. En los estudios con metodología mixta, se computó la puntuación de calidad utilizando ambos instrumentos, la guía cuantitativa y la guía cualitativa. Todos los artículos fueron evaluados por las preguntas para la valoración crítica de artículos sobre las tablas guías QualSyst de Kmet (et al., 2004). Ningún estudio fue excluido en base al resultado de puntuación de calidad, ya que todos obtuvieron puntuaciones mayores al mínimo de .55 establecido en el manual de QualSyst. Los resultados de las evaluaciones de metodología cuantitativa fueron plasmados en las tablas 8 y 9 (Véase Tabla 8 y Tabla 9). Los resultados de los estudios con metodología mixta fueron plasmados en las tablas 10 y 11 (Véase tabla 10 y 11)

Tabla 8*Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
McCray, 2021	Question / objective sufficiently described?	x			
	Study design evident and appropriate?	x			
	Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?	x			
	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?	x			

Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et al., 2004) (continuación)

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
McCray, 2021	If interventional and random allocation was possible, was it described?				x
	If interventional and blinding of investigators was possible, was it reported?				x
	If interventional and blinding of subjects was possible, was it reported?				x
	Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias?		x		
	Means of assessment reported?				
	Sample size appropriate?		x		
	Analytic methods described/justified and appropriate?	x			
	Some estimate of variance is reported for the main results?	x			
	Controlled for confounding?				x
	Results reported in sufficient detail?	x			
	Conclusions supported by the results?	x			

Tabla 8*Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
Kaplan, 2017	Question / objective sufficiently described?	x			
	Study design evident and appropriate?	x			
	Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?	x			
	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?	x			
	If interventional and random allocation was possible, was it described?				x
	If interventional and blinding of investigators was possible, was it reported?				x
	If interventional and blinding of subjects was possible, was it reported?				x
	Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias?	x			
	Means of assessment reported?				
	Sample size appropriate?		x		
	Analytic methods described/justified and appropriate?	x			
	Some estimate of variance is reported for the main results?		x		
	Controlled for confounding?				x
	Results reported in sufficient detail?	x			
	Conclusions supported by the results?	x			

Tabla 8*Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudio	Criterios	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
Kazemsoltani, 2017	Question / objective sufficiently described?	x			
	Study design evident and appropriate?	x			
	Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?	x			
	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?	x			
	If interventional and random allocation was possible, was it described?				x
	If interventional and blinding of investigators was possible, was it reported?				x
	If interventional and blinding of subjects was possible, was it reported?				x
	Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias?		x		
	Means of assessment reported?				
	Sample size appropriate?		x		
	Analytic methods described/justified and appropriate?	x			
	Some estimate of variance is reported for the main results?	x			
	Controlled for confounding?		x		
	Results reported in sufficient detail?	x			
	Conclusions supported by the results?	x			

Tabla 8*Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et al., 2004)(continuación)*

Estudio	Criterios	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
Boen, 2018	Question / objective sufficiently described?	x			
	Study design evident and appropriate?	x			
	Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?	x			
	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?	x			
	If interventional and random allocation was possible, was it described?				x
	If interventional and blinding of investigators was possible, was it reported?				x
	If interventional and blinding of subjects was possible, was it reported?				x

Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et al., 2004)(continuación)

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
Boen, 2018	Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias?		x		
	Means of assessment reported?				
	Sample size appropriate?		x		
	Analytic methods described/justified and appropriate?		x		
	Some estimate of variance is reported for the main results?		x		
	Controlled for confounding?				x
	Results reported in sufficient detail?	x			
	Conclusions supported by the results?	x			

Tabla 8*Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
Herron, 2016	Question / objective sufficiently described?		x		
	Study design evident and appropriate?		x		
	Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?	x			
	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?	x			
	If interventional and random allocation was possible, was it described?				x
	If interventional and blinding of investigators was possible, was it reported?				x
	If interventional and blinding of subjects was possible, was it reported?				x
	Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias?	x			
	Means of assessment reported?				
	Sample size appropriate?		x		
	Analytic methods described/justified and appropriate?	x			
	Some estimate of variance is reported for the main results?		x		
	Controlled for confounding?				x
	Results reported in sufficient detail?	x			
	Conclusions supported by the results?	x			

Tabla 8*Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
Pranckeviciene et al., 2018	Question / objective sufficiently described?		x		
	Study design evident and appropriate?	x			
	Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?		x		
	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?	x			
	If interventional and random allocation was possible, was it described?				x
	If interventional and blinding of investigators was possible, was it reported?				x
	If interventional and blinding of subjects was possible, was it reported?				x
	Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias?		x		
	Means of assessment reported?				
	Sample size appropriate?	x			
	Analytic methods described/justified and appropriate?		x		
	Some estimate of variance is reported for the main results?		x		
	Controlled for confounding?				x
	Results reported in sufficient detail?		x		
	Conclusions supported by the results?	x			

Tabla 8*Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
Fresán et al., 2018	Question / objective sufficiently described?	x			
	Study design evident and appropriate?		x		
	Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?		x		
	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?		x		
	If interventional and random allocation was possible, was it described?				x
	If interventional and blinding of investigators was possible, was it reported?				x
	If interventional and blinding of subjects was possible, was it reported?				x

Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et al., 2004) (continuación)

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
Fresán et al., 2018	Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias?	x			
	Means of assessment reported?				
	Sample size appropriate?		x		
	Analytic methods described/justified and appropriate?		x		
	Some estimate of variance is reported for the main results?		x		
	Controlled for confounding?				x
	Results reported in sufficient detail?	x			
	Conclusions supported by the results?	x			

Tabla 8*Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
Lyndon et al., 2019	Question / objective sufficiently described?	x			
	Study design evident and appropriate?		x		
	Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?		x		
	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?		x		
	If interventional and random allocation was possible, was it described?				x
	If interventional and blinding of investigators was possible, was it reported?				x
	If interventional and blinding of subjects was possible, was it reported?				x
	Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias?		x		
	Means of assessment reported?				
	Sample size appropriate?		x		
	Analytic methods described/justified and appropriate?		x		
	Some estimate of variance is reported for the main results?		x		
	Controlled for confounding?				x
	Results reported in sufficient detail?		x		
	Conclusions supported by the results?		x		

Tabla 8*Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudio	Criterios	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
Tillman et al., 2018	Question / objective sufficiently described?		x		
	Study design evident and appropriate?		x		
	Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?		x		
	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?		x		
	If interventional and random allocation was possible, was it described?				x
	If interventional and blinding of investigators was possible, was it reported?				x
	If interventional and blinding of subjects was possible, was it reported?				x
	Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias?		x		
	Means of assessment reported?				
	Sample size appropriate?	x			
	Analytic methods described/justified and appropriate?		x		
	Some estimate of variance is reported for the main results?		x		
	Controlled for confounding?				x
	Results reported in sufficient detail?		x		
	Conclusions supported by the results?		x		

Tabla 9*Orden de puntuación de evaluación de calidad en artículos cuantitativos según las guías QualSyst (Kmet et al., 2004)*

Estudio	Metodología	Puntuación de Evaluación de Calidad de Estudio según Guías de QualSyst (Kmet et al., 2004)
McCray, 2021	Cuantitativa	.90
Kaplan, 2017	Cuantitativa	.90
Kazemsoltani, 2017	Cuantitativa	.86
Boen, 2018	Cuantitativa	.80
Herron, 2016	Cuantitativa	.80
Pranckeviciene et al., 2018	Cuantitativa	.70
Fresán et al., 2018	Cuantitativa	.70
Lyndon et al., 2019	Cuantitativa	.55
Tillman et al., 2018	Cuantitativa	.55

Tabla 10*Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
Waugh, 2019 (Estudio Mixto)	Question / objective sufficiently described?	x			
	Study design evident and appropriate?	x			
	Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?	x			
	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?	x			
	If interventional and random allocation was possible, was it described?				x
	If interventional and blinding of investigators was possible, was it reported?				x
	If interventional and blinding of subjects was possible, was it reported?				x
	Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias?	x			
	Means of assessment reported?				
	Sample size appropriate?		x		
	Analytic methods described/justified and appropriate?	x			
	Some estimate of variance is reported for the main results?	x			
	Controlled for confounding?				x
	Results reported in sufficient detail?	x			
	Conclusions supported by the results?	x			

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 10*Evaluación de calidad para estudios cualitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)
Waugh, 2019 (Estudio Mixto)	Question / objective sufficiently described?	x		
	Study design evident and appropriate?	x		
	Context for the study clear?	x		
	Connection to a theoretical framework / wider body of knowledge?	x		
	Sampling strategy described, relevant and justified?	x		
	Data collection methods clearly described and systematic?	x		
	Data analysis clearly described and systematic?	x		
	Use of verification procedure(s) to establish credibility?	x		

Evaluación de calidad para estudios cualitativos (Kmet et al., 2004) (continuación)

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)
Waugh, 2019	Conclusions supported by the results?	x		
	Reflexivity of the account?		x	

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 10*Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
Boen et al., 2022 (Estudio Mixto)	Question / objective sufficiently described?	x			
	Study design evident and appropriate?	x			
	Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?	x			
	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?	x			
	If interventional and random allocation was possible, was it described?				x
	If interventional and blinding of investigators was possible, was it reported?				x
	If interventional and blinding of subjects was possible, was it reported?				x
	Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias?		x		
	Means of assessment reported?				
	Sample size appropriate?		x		
	Analytic methods described/justified and appropriate?	x			
	Some estimate of variance is reported for the main results?		x		
	Controlled for confounding?				x
	Results reported in sufficient detail?	x			
	Conclusions supported by the results?	x			

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 10*Evaluación de calidad para estudios cualitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)
Boen, et al., 2022 (Estudio Mixto)	Question / objective sufficiently described?	x		

Evaluación de calidad para estudios cualitativos (Kmet et al., 2004) (continuación)

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)
Boen, et al., 2022	Study design evident and appropriate?	x		
	Context for the study clear?	x		
	Connection to a theoretical framework / wider body of knowledge?	x		
	Sampling strategy described, relevant and justified?	x		
	Data collection methods clearly described and systematic?	x		
	Data analysis clearly described and systematic?	x		
	Use of verification procedure(s) to establish credibility?	x		
	Conclusions supported by the results?	x		
	Reflexivity of the account?		x	

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 11

Orden de puntuación de evaluación de calidad en artículos mixtos (cuantitativos- cualitativos) según las guías QualSyst (Kmet et al., 2004)

Estudio	Metodología Mixta	Puntuación de Evaluación de Calidad de Estudio según Guías de QualSyst (Kmet et al., 2004)
Waugh, 2019	Mixta (cuantitativa, cualitativa)	.95/.95
Boen et al., 2022	Mixta (cuantitativa, cualitativa)	.85/.95

Inventarios y Medidas

Los estudios cuantitativos y mixtos (cuantitativos/cualitativos) revisados expusieron datos que fueron recopilados por medio de diferentes inventarios, escalas o medidas las cuales permitieron cuantificar las variables de dichas investigaciones. Estos inventarios recopilaban información relacionada al estigma relacionado con la salud mental entre profesionales de la salud mental en formación. En la siguiente tabla se encuentran detallados los inventarios, escalas o medidas con sus respectivos estudios y autores:

Tabla 12***Inventarios y medidas***

Escala, Inventario, Análisis o Medida	Estudio
Mental Health Provider Stigma Inventory (MHPSI)	Boen et al., 2022 Boen, 2018
Cuestionario de Atribución-27 (AQ-27)	Boen et al., 2022 Boen, 2018
Escala de Distanciamiento Social de Bogardus (EDSB)	McCray, 2021 Tillman et al., 2018
Escala de Enfermedad Mental: Actitudes de los Clínicos (MICA-4).	McCray, 2021
Prueba de Estigma a través del Conocimiento (STKT)	Kaplan, 2017
Cuestionario de Atribución-9 (AQ-9)	Kaplan, 2017
Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad / Formulario de Contacto Previo R (SADP-PCF R).	Boen, 2018
Escala de Nivel de Familiaridad (LOF)	Boen, 2018
Cuestionario Opiniones sobre la Escala de Enfermedad Mental (OMI)	Herron, 2016 Fresan et al., 2018
Cuestionario de Comprensión de la Esquizofrenia	Herron, 2016
Cuestionario de Actitudes Comunitarias Modificadas hacia la Escala de Enfermos Mentales (CAMI).	Herron, 2016
Escala de Estigma de Depresión (DSS)	Kazemsoltani, 2017
Mental Health Locus of Origin (MHLO)	Lyndon et al., 2019
Total Attitude Scale (TAS)	Lyndon et al., 2019
The three-item Implicit Person Theory (IPT)	Lyndon et al., 2019
Escala de Distancia Social de Lituania	Pranckeviciene et al., 2018
The Public Concept of Aggressiveness Questionnaire (PCA)	Fresan et al., 2018

Profesionales de la Salud Mental en Formación y el Estigma en el Estudio**Exhaustivo**

De la revisión de literatura emergen las preguntas guías que determinan el valor y conducen las interrogantes. Las preguntas son: ¿Qué evidencian los estudios sobre el estigma entre los profesionales de la salud mental en formación hacia las personas con problemas de salud mental? ¿Propulsa la disciplina o el nivel académico la disminución del estigma de los profesionales de la salud mental en formación hacia las personas con problemas de salud mental?

Es necesario establecer que el estigma hacia las PPSM ha persistido a pesar de los esfuerzos por disminuir las actitudes estigmatizantes que afectan la integración social y personal de esta población protegida. Debe señalarse que el estigma representa una barrera significativa en la participación social, en el acceso al empleo y a la vivienda. Sin duda, es el obstáculo principal en las PPSM para la búsqueda de servicios de salud mental y la adherencia al tratamiento. Se observa en todos los niveles, desde la población en general hasta los encargados de ofrecer servicios de salud mental.

Cabe resaltar que los profesionales de la salud mental en formación son seres humanos y que pertenecen a diferentes grupos en la sociedad. Considerando esto, en efecto, no son inmunes a las actitudes estigmatizantes hacia la enfermedad mental. Sucede pues, que se presume que un profesional de la salud mental, el cual ha cursado currículos académicos que profundizan en el estudio e investigación de la conducta humana no manifieste actitudes estigmatizantes dirigidas a esta población. Por tanto, es necesario conocer qué aborda la literatura basada en evidencia sobre este tema.

En relación a la problemática expuesta, Herron (2016) analizó la comprensión y las opiniones de profesionales de la salud en formación en psicología general sobre las personas diagnosticadas con esquizofrenia. Herron obtuvo los datos por medio de los siguientes: el *Cuestionario de Comprensión de la Esquizofrenia (CCE)*, el cuestionario de *Opiniones sobre la Escala de Enfermedad Mental (OMI)* y cuestionario de *Actitudes Comunitarias Modificadas hacia la Escala de Enfermos Mentales (CAMI)*. A través del CCE, el autor evaluó la comprensión y el conocimiento sobre la esquizofrenia. Con el OMI, evaluó las actitudes hacia las PPSM a través de dos sub-escalas, la dimensión de higiene mental y de etiología interpersonal y

por medio del CAMI, midió las actitudes de los participantes hacia las personas con esquizofrenia (Herron, 2016).

Herron (2016) planteó, que los profesionales de la salud mental en formación obtendrían un 60 % o menos en el cuestionario que evaluó el conocimiento y la comprensión sobre la esquizofrenia (CCE). Además, propuso que los profesionales en formación mostrarían opiniones estigmatizantes sobre las personas diagnosticadas con este trastorno. También, que los estudiantes clasificados con menos comprensión y conocimiento sobre la esquizofrenia exhibirían puntajes significativamente más bajos en las actitudes estigmatizantes dirigidas a la enfermedad mental (Herron, 2016).

Los resultados del estudio no respaldaron su primer planteamiento. Herron encontró que el puntaje promedio en el CCE fue significativamente más elevado ($M = 62.92$, $SD = 11.86$) que el que se predijo (60 %). De hecho, los resultados tampoco respaldaron el segundo planteamiento, ya que los estudiantes no presentaron puntos de vista estigmatizantes hacia los pacientes con esquizofrenia en el CAMI. Estos resultados evidenciaron que, en promedio, los estudiantes poseían una actitud más paternalista hacia las PPSM y, en general, una actitud de mayor aceptación. Herron señaló, que los profesionales en formación no estuvieron de acuerdo con la creencia de que las PPSM (esquizofrenia) son inferiores y que son una amenaza para la población. En otras palabras, el autor resaltó que los estudiantes piensan que la enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra y debe ser tratada como tal (Herron, 2016).

Además, los resultados tampoco apoyaron el tercer planteamiento. Herron pensó que los profesionales en formación con puntajes bajos en el CCE (con menor conocimiento de la esquizofrenia) obtendrían puntajes más bajos en las dimensiones de restricción social y autoritarismo del CAMI (ósea, menor conocimiento, menor estigma) y manifestarían

puntuaciones significativamente más elevadas en la dimensión de benevolencia (más paternalistas) y de ideología de la salud mental comunitaria (actitudes de individuos y comunidad). Estos planteamientos no fueron apoyados (Herron, 2016).

Por otro lado, la comprensión y conocimiento de los estudiantes sobre la esquizofrenia se correlacionó negativamente con las dimensiones de restricción social ($r = .08$, $p = .20$) y autoritarismo ($r = -.01$, $p = .45$), lo que indicó que aquellos con más conocimiento sobre la esquizofrenia tendrían opiniones más positivas sobre esta (Herron, 2016).

Según el autor, todos estos resultados evidenciaron que la cantidad de conocimiento sobre la esquizofrenia puede no ser el principal determinante de las actitudes hacia las personas con este diagnóstico. Desde una perspectiva más general, el autor explicó que los resultados de su investigación sugieren que los profesionales en formación de salud mental en psicología general no poseen puntos de vista estigmatizantes y que la cantidad de conocimiento sobre la enfermedad mental (esquizofrenia) puede no ser el principal determinante de las actitudes estigmatizantes hacia los pacientes diagnosticados (Herron, 2016).

De igual forma, Waugh (2019) examinó opiniones de profesionales de la salud mental en formación en consejería clínica acerca de los adultos con enfermedades mentales. Utilizó la metodología Q, que es un método mixto, una mezcla de investigación cualitativa y cuantitativa que proporcionó validez al estudio de las cosmovisiones de este grupo de estudiantes. En otras palabras, mostró una descripción de la visión de mundo de estos profesionales de la salud mental en formación.

La autora clasificó los datos de cada profesional en formación clínica por medio del software PQ Method 2.35. A través de este análisis, identificó las opiniones o puntos de vista más comunes que los estudiantes graduados de consejería poseían. Waugh (2019) las incluyó en

dos factores: factor uno, una construcción aspiracional y factor dos, una construcción pragmática. Los resultados evidenciaron qué, de los 30 estudiantes participantes, el 63% (29) se cargó hacia el factor uno, lo cual representó un modelo aspiracional para conceptualizar la enfermedad mental. El factor dos representó una pequeña cantidad de varianza (3%) e ilustró un enfoque más pragmático para la enfermedad mental.

Visto de esta forma, las opiniones más comunes del factor uno fueron que las PPSM tienen valores integrales, que pueden contribuir significativamente a la sociedad y tiene la capacidad de llevar una vida útil y significativa. Por consiguiente, Waugh resaltó, que el profesional de la salud mental en formación tiene una visión de esperanza y potencial hacia los pacientes con trastorno psicológico, con expresiones como que tienen significado y propósito.

En el factor dos (construcción pragmática), la autora encontró un factor bipolar. Algunos de los profesionales de la salud en formación sostuvieron puntos de vista que incluían que las personas con el trastorno de bipolaridad tienen opciones sobre su tratamiento, toman medicamentos y pueden controlar sus síntomas, pero no curarse. Pero desde un punto de vista más realista, Waugh resaltó que los estudiantes identificaron a las personas con esta enfermedad grave como impredecibles, con desequilibrios químicos, falta de juicio y pobre control del comportamiento. Asimismo, que no son capaces de controlar su tratamiento, por tanto, son una amenaza a la sociedad y deben de ser obligados a medicarse (Waugh, 2019).

Otros de los autores que exponen investigaciones sobre este tema son Boen y sus colegas (2022), los cuales alcanzaron a comprobar sus planteamientos en un estudio realizado con estudiantes en formación en consejería. El planteamiento de los autores fue que una etiqueta de diagnóstico (esquizofrenia, ansiedad generalizada) influenciaría en las actitudes y creencias

estigmatizantes (ej. miedo, culpa, peligrosidad y segregación) dirigidas a las PPSM (Boen et al., 2022).

La muestra del estudio consistió en 79 estudiantes de nivel graduado matriculados en el *Consejo para la Acreditación de Consejería y Programas Educativos Relacionados (CACREP)* en 27 universidades de EU. La población de estudiantes en formación identificada se dividió en tres grupos: profesionales de consejería en rehabilitación $n = 26$ (32.9 %), profesionales de consejería en salud mental $n = 30$ (37.9 %) y profesionales de servicios humanos. Este último grupo consistió de psicólogos consejeros en formación $n = 4$ (5.1 %), terapeutas matrimoniales y familiares $n = 1$ (1.4 %), consejeros escolares $n = 2$ (2.5 %) y trabajadores sociales $n = 10$ (12,7%) (Boen et al., 2022).

El objetivo principal de los investigadores fue comprobar si existían diferencias significativas en las puntuaciones del cuestionario *Mental Health Provider Stigma Inventory (MHPSI)* entre los estudiantes de consejería de rehabilitación y los estudiantes de los otros programas de consejería y si habría diferencias significativas entre la viñeta A (trastorno del espectro de la esquizofrenia) y la viñeta B (trastorno de ansiedad generalizada) en las puntuaciones de la subescala del *Cuestionario de Atribución-27 (AQ-27)* para culpa, peligrosidad, miedo y segregación (Boen et al., 2022).

Para el primer planteamiento, los autores utilizaron el cuestionario de MHPSI para evaluar el grado de estigma relacionado con la salud mental. En segundo lugar, utilizaron el AQ-27 para evaluar y comprender las actitudes personales y los estereotipos sobre las enfermedades mentales en los profesionales en formación. Los autores modificaron el AQ-27 para evaluar solo 9 de los 27 elementos basándose en una viñeta de un hombre con esquizofrenia. EL AQ-9

incluyó factores de culpa, lástima, ira, peligrosidad, miedo, ayuda, evitación, segregación y coerción (Boen et al., 2022).

En relación con las viñetas, estas fueron modificadas por los autores para el AQ-9. Las viñetas suministraron información sobre una persona con un diagnóstico de salud mental. Las principales diferencias que propusieron para las viñetas modificadas estuvieron atadas al diagnóstico y nombre del individuo. En la viñeta A, la original, se describió una persona llamada Harry, el cual que poseía un diagnóstico de esquizofrenia. Boen y colegas (2022) le modificaron a Harry, un hombre soltero de 25 años con esquizofrenia, estudiante de psicología a tiempo parcial en la universidad que vive en su propio apartamento. Debido a su diagnóstico, Harry falta a clases y no sale de su apartamento durante días. Harry ha sido hospitalizado en el pasado debido a su enfermedad. En la viñeta B se describió a Gary, que, a diferencia de la viñeta anterior, este cambia a un diagnóstico de ansiedad generalizada.

Los autores realizaron una evaluación de la influencia del diagnóstico específico de un trastorno mental sobre el estigma entre los estudiantes graduados. Encontraron dos hallazgos: 1) los resultados mostraron una diferencia significativa en las puntuaciones medias del cuestionario MHPSI entre los estudiantes de consejería de rehabilitación y los estudiantes de otros programas de consejería y 2) los resultados evidenciaron diferencias significativas entre la Viñeta A (trastorno del espectro de la esquizofrenia) y la Viñeta B (trastorno de ansiedad generalizada) en las subpuntuaciones del AQ-9, en la culpa, peligrosidad, miedo y segregación. Boen y sus colegas (2022) confirmaron sus planteamientos y sus hallazgos. Evidenciaron que los profesionales de la salud mental en formación atribuyeron mayores niveles de culpa a Gary, el que poseía un diagnóstico de ansiedad generalizada que a Harry, descrito con un trastorno de esquizofrenia (Boen et al., 2022).

Evaluaron las actitudes estigmatizantes entre los participantes examinando factores tales como el diagnóstico y programa de estudio, para sugerir actitudes y creencias con respecto a la enfermedad mental. Los resultados evidenciaron que hubo diferencias entre los consejeros en rehabilitación y los consejeros de otros programas. Según los autores, esto puede ser debido a la formación que ofrece la universidad a los profesionales de la consejería en rehabilitación. Estos estudian los aspectos psicosociales de la discapacidad y esto puede haber contribuido a reducir las actitudes estigmatizantes (Boen et al., 2022).

En el escrito de Kazemsoltani (2017), se propuso comparar las diferencias en el nivel de estigma personal y percibido entre profesionales de salud mental en formación y profesionales con experiencia. Además, se exploró el grado en que el diagnóstico de una enfermedad mental influye en el estigma dirigido a las PPSM. Para alcanzar sus objetivos, utilizó la *Escala de Estigma de Depresión (DSS)* diseñada para medir y proporcionar una puntuación de estigmatización basada en dos subescalas, la de estigma personal y la de estigma percibido (Kazemsoltani, 2017).

Un total de 55 participantes, entre estudiantes en formación y profesionales con experiencia laboral respondieron a la encuesta online. De estos, 23 (41.8 %) eran estudiantes graduados y 32 (58.1 %) eran profesionales de la salud. Del total de los participantes, 36 (65.4 %) mencionaron tener un diagnóstico de salud mental. Según el autor, las puntuaciones en las viñetas para el estigma personal no fueron significativamente diferentes entre los dos grupos ($p = 0.52$), lo que indicó que las respuestas de ambos grupos no difirieron. Sin embargo, las puntuaciones en las tres viñetas para el estigma percibido fueron significativamente diferentes ($F [2, 104] = 3.10, p = 0.05$).

Según Kazemsoltani, (2017), tanto los profesionales de la salud mental con experiencia como los profesionales en formación (estudiantes graduados) que han sido diagnosticados con una enfermedad mental poseen niveles bajos de estigma personal, pero no de estigma percibido, cuando son comparados con los que no tienen un diagnóstico.

Además, los profesionales de la salud mental con experiencia y un nivel de educación de maestría mostraron niveles más bajos de estigma percibido, pero no de estigma personal, en comparación con los que estaban en programas graduados de psicología. Según Kazemsoltani, estos resultados denotan que la naturaleza de la capacitación académica influye en las creencias sobre el estigma. El autor sustentó que la comparación de estudiantes y profesionales en las diversas etapas de su formación/experiencia proporcionó información sobre la influencia de la educación y la experiencia laboral en los diferentes niveles de estigma entre grupos (Kazemsoltani, 2017).

Algo semejante propuso Boen en el 2018. Realizó un estudio cuyo propósito fue examinar el efecto de la disciplina académica, del diagnóstico de salud mental (esquizofrenia, ansiedad generalizada) y el efecto de las características demográficas en las actitudes de los profesionales de la salud mental en formación hacia las PPSM. Para adquirir estos datos, el autor utilizó el *Cuestionario de Atribuciones (AQ- 27)*, el *Inventario de Estigma de Proveedores de Salud Mental (MHPSI)*, la *Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad / Formulario de Contacto Previo R (SADP-PCF R)* y la *Escala de Nivel de Familiaridad (LOF)*.

El AQ-27 tiene dominios ligeramente modificados (responsabilidad, piedad, ira, peligrosidad, miedo, ayuda, evitación, segregación y coerción) hacia las personas con enfermedad mental. Según Boen (2018), los estudiantes tenían que leer una viñeta y responder a cada pregunta utilizando una escala tipo Likert. Las preguntas incluían: “Me sentiría inseguro

cerca de Harry” (peligrosidad) o “Compartiría un auto con Harry todos los días” (evitación). El MHPSI fue utilizado para evaluar el grado de estigma relacionado con la salud mental, la escala SADP-PCF R cuantificó el conocimiento percibido de los participantes, la frecuencia de contacto y la intensidad del contacto con personas con discapacidad y la LOF, calificó las experiencias previas con enfermedades mentales graves (Boen, 2018).

El autor reclutó una muestra total de 79 estudiantes de 27 universidades de los E.U. La data fue recolectada por medio de la plataforma de Survey Monkey (Boen, 2018). Entre los estudiantes de salud mental en formación hubo 4 (5.1%) consejeros psicológicos, 1 (1.3%) terapeuta de matrimonio y familia, 20 (38%) de consejeros de salud mental, 2 (2.5 %) de consejeros escolares, 10 (12.7 %) trabajadores sociales y 26 (32.9 %) de consejeros de rehabilitación.

El autor planteó tres interrogantes. La primera, que existe una diferencia significativa en las puntuaciones medias en el AQ-27 y el MHPSI entre los tres grupos de estudiantes universitarios. Para evaluar esto, realizó ANOVA de una vía entre el programa de estudio y las puntuaciones AQ-27 y MHPSI de los grupos, los cuales fueron estadísticamente significativos (Boen, 2018). Para abordar la segunda interrogante, determinar si existía diferencia en las puntuaciones del AQ-27 entre los expuestos a la primera viñeta ("Harry", $n = 46$) y los expuestos a la segunda viñeta ("Gary", $n = 33$). Para esto Boen (2018) utilizó una prueba t de muestra independiente. El investigador determinó que no existían diferencias estadísticamente significativas en el AQ-27 entre las medidas de ambos grupos.

Debido a los resultados mencionados anteriormente, para evaluar más a fondo esta pregunta, Boen realizó la prueba de coeficientes de correlación de Pearson. Los resultados sugirieron que dos de las nueve correlaciones fueron estadísticamente significativas. Estas

subescalas fueron culpa ($r = .29$) y peligrosidad ($r = -.30$). El autor subraya que las puntuaciones más altas en la culpa se asociaron con la viñeta B (Gary con trastorno de ansiedad generalizada) y luego con la viñeta A (Harry con trastorno del espectro esquizofrénico). Las puntuaciones más elevadas en el dominio de peligrosidad fueron dirigidas a la viñeta A (Harry con trastorno del espectro esquizofrénico). Estos resultados sugieren que los participantes mostraron niveles más altos de culpa hacia Gary (un individuo descrito con ansiedad generalizada) que hacía Harry (un individuo descrito con un trastorno del espectro esquizofrénico). Además, se atribuyeron puntuaciones más altas en peligrosidad a la primera viñeta (Harry) sobre la segunda viñeta B de Gary (Boen, 2018).

Para abordar el interrogante de cómo influyeron los factores de contacto previo y familiaridad en las actitudes hacia las PPSM por parte de los estudiantes, Boen (2018) realizó un análisis de regresión múltiple jerárquico. El primer paso de la regresión múltiple incluyó cinco factores demográficos (edad, género, programa de estudio, experiencia laboral y nivel de educación) como predictores. Cuatro de las variables predictoras (edad, género, programa de estudio, experiencia laboral y nivel de educación) fueron estadísticamente significativas, siendo el predictor género el de mayor valor de beta ($\beta = -.32$, $p = .005$). Luego el predictor de programa de estudio (consejeros de rehabilitación, $\beta = -.31$, $p = .018$) y experiencia laboral (número de años trabajados, $\beta = -.27$, $p = .019$) (Boen, 2018).

Señaló el escritor que no se encontró que el predictor de la edad fuera uno significativo de las actitudes estigmatizadas hacia las personas, pero sí encontró diferencias en el predictor de género. Informaron menos actitudes estigmatizadas en comparación con los hombres. Además, el autor destacó que los participantes de mayor grado académico mostraron niveles más bajos de actitudes estigmatizantes (Boen, 2018).

Algo semejante ocurre en la investigación de Kaplan (2017), quien propuso comprender si la formación académica a nivel doctoral en psicología clínica trastocaba las actitudes estigmatizantes de profesionales de la salud mental en formación hacia las personas con el trastorno de la esquizofrenia. Con el *Cuestionario de Atribución-9* (AQ-9) evaluó las actitudes estigmatizantes y con la *Prueba de Estigma a través del Conocimiento* (STKT) evaluó las actitudes estigmatizantes, pero de manera más discreta evitando sesgos derivados de la deseabilidad social.

La población consistió de 55 profesionales de la salud en formación en psicología clínica. De estos, 25 (n=25) fueron de primer año y 30 (n=30) de cuarto año. De los participantes, 45 (81.8 %) se identificaron como mujeres, nueve (16.4 %) se identificaron como hombres y uno (1.8%) como de género fluido. Kaplan encontró que, luego de realizar pruebas t en el STKT comparando las puntuaciones medias entre los profesionales en formación doctoral de primer y cuarto año, los resultados no arrojaron diferencias estadísticamente significativas (4.48 %, primer año, 4.33 %, segundo año) entre las puntuaciones medias. Según el autor, estos datos sugieren que tres años de educación graduada en psicología no aumentan ni reducen los niveles de actitudes estigmatizantes entre los estudiantes, resaltando así niveles de estigma relativamente bajos.

Además, Kaplan realizó pruebas t independientes para los datos de los nueve factores que evaluó el AQ-9 recolectados a través del cuestionario. Los resultados en general arrojaron que no existen diferencias significativas entre los estudiantes en formación de primer año (2.60 - DE = 0.80) y los de cuarto año (2.37 - DE = 0.57). Sin embargo, en el factor lastima, Kaplan (2017) encontró una diferencia significativa. En los profesionales en formación de primer año la puntuación promedio fue de 6.52 % mientras que en los de cuarto año fue 5.43 %.

El autor quiere decir con esto que, a pesar de que los resultados en este factor evidencian que los profesionales en formación mostraron lastima hacia las personas PPSM (esquizofrenia), a medida que los estudiantes aumentaron sus capacidades académicas, la tendencia de estos fue a disminuir la lastima. Kaplan hace énfasis en que esto puede poner en juicio la confiabilidad y validez del factor lastima, ya que la lástima podría interpretarse como un beneficio (lástima = reciben más ayuda) o estereotipo negativo (lástima = degradante).

Al igual que el autor anterior, McCray (2021) también propuso investigar el efecto que la capacitación pudo tener sobre el estigma de la salud mental y los comportamientos de distanciamiento social de estudiantes de salud mental a nivel doctoral. McCray dividió la población de estudiantes en dos grupos, los de primer año doctoral (G1- total 65, n= 48.1%) y los internos doctorales (Grupo *Intern*, total 70, n=51.9%), todos inscritos un programa doctoral acreditado por la APA. Del total de los estudiantes doctorales, 103 (n=76.4%) eran de psicología clínica mientras que 32 (n= 23.7%) eran de consejería psicológica. La autora propuso comparar los niveles de estigma de los estudiantes del primer año con los estudiantes de internado, con el fin de identificar si el estigma hacia las PPSM disminuye tras estos avanzar su capacitación doctoral.

Para alcanzar estos objetivos, McCray (2021) utilizó la *Escala de Distanciamiento Social de Bogardus (EDSB)* y la *Escala de Enfermedad Mental: Actitudes de los Clínicos (MICA-4)*. Con la EDSB, la investigadora examinó los comportamientos de distanciamiento social entre los estudiantes de psicología clínica. La escala original contenía 60 preguntas (EDSB), sin embargo fue modificada a una variante de 10, ya que muchos de los elementos originales no se consideran relevantes para este estudio. En cuanto al MICA-4, también fue modificado para crear una versión más adecuada para el uso con profesionales de la salud mental en formación.

La autora resaltó que los resultados de las pruebas t de muestras independientes de la EDSB no revelaron diferencias significativas al examinar las puntuaciones de distanciamiento social entre los dos grupos. Esto significó que la capacitación no influyó en los comportamientos estigmatizantes de los estudiantes cuando se compararon entre sí. Sin embargo, las puntuaciones medias identificaron que tanto los estudiantes de G1 como los internos expresaron un mayor grado de distanciamiento social entre ellos y el individuo con el diagnóstico de esquizofrenia en comparación con el individuo con diagnóstico de depresión (McCray, 2021).

McCray encontró que los resultados del MICA- 4 evidenciaron que los estudiantes doctorales de primer año poseen mayores actitudes estigmatizantes dirigidas a las PPSM en comparación con los internos doctorales. Al calcular el tamaño del efecto para la prueba t de muestras independientes, la autora encontró que el entrenamiento de los estudiantes de internado representó el 13% de la variabilidad entre los dos grupos, ($t_{133} = 4.72$, $p < .05$, $\omega^2 = .13\%$). Estos hallazgos proyectaron que la formación de los estudiantes graduados disminuyó el nivel de estigma en los profesionales de la salud mental en formación (McCray, 2021).

Por su parte, Pranckeviciene y sus colegas (2018) también investigaron el deseo de distanciamiento social hacia las PPSM entre estudiantes en formación de salud mental. De los 715 participantes, 419 eran estudiantes de psicología ($n=419$) de 13 universidades o colegios entre primer año y doctorado.

Utilizaron la *Escala de Distancia Social de Bogardus*, la cual fue modificada por los autores para el propósito de esta investigación. Las preguntas tradicionales de distancia social de la escala se ampliaron con aspectos específicos de distanciamiento social relevantes dirigido a PPSM. Utilizaron nueve situaciones diferentes de cercanía del contacto (tener conversación con

una persona con enfermedad mental; compartir espacio de vida; vivir en el barrio; colaborar con una persona con enfermedad mental) [Pranckeviciene et al., 2018].

Pranckeviciene comparó los niveles académicos como factor importante que influyó aspectos de distanciamiento social entre los estudiantes de psicología. Los estudiantes graduados (maestría y doctorado) evidenciaron menor distanciamiento social hacia las PPSM en comparación con los estudiantes de bachillerato. La familiaridad con la enfermedad mental se relacionó significativamente con una menor distancia social en la muestra de estudiantes (Pranckeviciene et al., 2018).

Además, Fresán y sus colegas (et al., 2018), compararon las actitudes estigmatizadoras y la percepción de agresión de estudiantes de psicología y medicina hacia las personas con el trastorno de esquizofrenia. La investigación incluyó 58 (50.4%) mujeres profesionales de la salud mental en formación en psicología y 57 (49.6%) estudiantes de medicina. Los dos grupos contestaron la *Escala de Opiniones sobre la Enfermedad Mental (OMI)* y el *Cuestionario de Concepto Público de Agresividad (CPA)*. Con el primero, los autores evaluaron las actitudes hacia las personas con trastorno mental grave y con el segundo, midieron la percepción de agresividad que tenían los estudiantes de las personas con el trastorno de la esquizofrenia (Fresán et al., 2018).

Encontraron que más del 60 % del total de los estudiantes encuestados mostraron estigmatización por medio del estereotipo de la agresividad. Las profesionales de la salud mental en formación en psicología también evidenciaron elevados niveles en el OMI, en los factores de separatismo (20.9 %), benevolencia (16.9 %) y restricción (8.6 %). En el cuestionario de CPA, los tres mayores elementos encontrados presentes en la población de estudiantes de psicología

fueron la agresión en general (62.1 %), la agresión autodirigida (51.7 %) y la agresión heterodirigida (46.6 %) (Fresán et al., 2018).

En el escrito de Lyndon (et al., 2016), también evaluaron sobre los factores que influyen en el estigma hacia PPSM entre estudiantes graduados de psicología. El 37.1 % (n=59) de los encuestados fueron hombres y el 62.9 % (n=100) fueron mujeres, entre las edades de 18 y 46 años. Aproximadamente el 73 % indicó conocer a alguien con enfermedad mental siendo el trastorno de depresión (55.2 %) el más común seguido del trastorno de ansiedad (19.3 %).

Los autores encontraron que los participantes en general evidenciaron estigma hacia las personas con problemas de salud mental (26.60 %, TAS) deseando cierta distancia social. Además, identificaron algunos estudiantes de psicología (8.43 %, IPT) que pensaron que los rasgos de personalidad son inmutables y que las PPSM no podían mejorar su condición. Según el autor, estos estudiantes tienen mayor probabilidad de estigmatizar a las PPSM deseando un mayor distanciamiento social sobre ellos. Sin embargo, los estudiantes familiarizados con pacientes de salud mental mostraron menor carga de estigma (Lyndon et al., 2016).

También se encontró que Tillman y sus colegas (2018), quisieron comprender mejor el concepto de distancia social hacia PPSM entre profesionales de la salud mental. En el estudio participaron 397 estudiantes. De estos, 302 fueron estudiantes. El 68.3 % (n= 206) estudiantes de bachillerato y 31.8 % (n= 96) estudiantes graduados. También, participaron 95 profesionales de la salud en las áreas de consejería psicológica, trabajo social y psicología. Los autores encontraron que los estudiantes y los profesionales de ayuda no difieren en su necesidad de mantener distanciamiento social de las personas con enfermedades mentales (Tillman et al., 2018).

Tanto los estudios cuantitativos como los mixtos muestran resultados que se asemejan entre ellos. Algunos de los estudios son con poblaciones de estudiantes en grado de bachiller y otros con estudiantes graduados o en internados. Toda la población a la cual se le hace referencia son profesionales de la salud mental. En algunos casos se encontraron discrepancias entre los resultados de los diferentes autores. Esto refiere a que algunas investigaciones no evidenciaron estigmatización por parte de los estudiantes de psicología.

Sin embargo, de las 11 investigaciones que se compone esta revisión de literatura exhaustiva, 9 (81.8 %) presentaron resultados que evidencian niveles de estigma en los profesionales de la salud mental en formación. Estos datos coinciden con literatura que documenta que profesionales no están exentos de estigmatizar a los pacientes con los que trabajan (Masedo et al., 2021; Magliano et al., 2016; Fresan et al., 2012; Horsfall et al., 2010; Arens et al., 2009; Rao et al., 2009; Sadow & Ryder, 2008). Es importante reconocer que profesionales en formación en psicología pueden presentar menos manifestaciones en comparación con otros profesionales de la salud y la población en general, sin embargo, la evidencia mostró que existe el potencial de que presenten manifestaciones estigmatizantes.

Los futuros profesionales en formación en psicología deben representar la población objetivo de los esfuerzos para aumentar la probabilidad de que a los pacientes de salud mental se les ofrezcan terapias psicológicas efectivas. La problemática de la estigmatización por parte de los que se presume no debería poseer estigma, parece ser consistente en las investigaciones.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En este capítulo se esbozan los resultados fundamentales de la revisión de literatura sistemática sobre el estigma entre los profesionales de la salud mental en formación hacia las personas con problemas de salud mental. Se facilita un extracto, se argumenta sobre los resultados basados en las preguntas guías y se comparan con otras investigaciones científicas. Se describen las implicaciones de esta investigación en la formación de los futuros profesionales de la salud mental y, por ende, para la práctica de la psicología. Se culmina el escrito con las limitaciones y sugerencias para futuras investigaciones sobre el tema del estigma en la salud mental.

En esta revisión de literatura sistemática se incluyeron 11 estudios que cumplieron con todos los criterios de inclusión y fueron evaluados obteniendo todos ellos una puntuación de calidad mayor a .55 puntos, luego de cumplir con el rigor metodológico propuesto por los autores Kmet (et al., 2004). La puntuación máxima fue de .95 puntos mientras que la mínima fue de .55 puntos. Un 18.2 % (n=2) obtuvo una puntuación de calidad de .95, un 18.2 % (n=2) obtuvo una puntuación de .90, un 9.1 % (n=1) obtuvo una puntuación de .86, un 18.2 % (n=2) obtuvo una puntuación de .80, un 18.2 % (n=2) obtuvo una puntuación de .70 y un 18.2 % (n=2) obtuvo una puntuación de .55 (Véase tabla 9 y 11).

En los estudios se reportaron diferentes metodologías. Se encontró que el 81.8 % (n=9) de las investigaciones que cumplieron con los criterios de e inclusión y exclusión fueron de metodología cuantitativa mientras que un 18.2 (n=2) fueron de metodología mixta (cuantitativa/cualitativa). Los estudios utilizaron un sin numero de escalas, inventarios, medidas o cuestionarios para validar y cuantificar sus resultados (Véase Tabla 12).

Es necesario reconocer la importancia de la estigmatización hacia pacientes de salud mental y más aún cuando proviene de estudiantes que se capacitan para trabajar con esta población. Hay que considerar que los que padecen de un trastorno mental ya por naturaleza son estigmatizados por su condición, por la familia, por la sociedad en general y por las instituciones. Las personas con problemas de salud mental entienden y reconocen claramente las actitudes negativas entre los profesionales de la salud (Hansson et al., 2011), lo cual les dificulta su tratamiento y recuperación.

Esta revisión de literatura sistemática pretende contestar dos interrogantes asociadas a este tema. Veamos que arroja la literatura sobre la primera pregunta guía de esta investigación: ¿Qué evidencian los estudios sobre el estigma entre los profesionales de la salud mental en formación hacia las personas con problemas de salud mental?

Las investigaciones revisadas evidencian el alcance del estigma en la población de estudiantes en formación en psicología. En un estudio realizado por Boen (2018), el investigador encontró que los estudiantes de consejería psicológica presentaron actitudes estigmatizantes dirigidas hacia PPSM, en especial, aquellos pacientes con el diagnóstico de trastorno de esquizofrenia.

El autor enfatizó que los estudiantes mostraron un nivel más elevado de culpa dirigido al paciente con trastorno de ansiedad generalizada. Entendían que esta persona, al no tener un diagnóstico severo como el de la esquizofrenia, era culpable de su enfermedad, cuando fue comparado con el paciente de esquizofrenia. Además, estos estudiantes evidenciaron estereotipos de peligrosidad, miedo y segregación hacia los pacientes con esquizofrenia (Boen 2018). Esto es cónsono con los resultados de Pingani y sus colegas (et al., 2021), el pensar que una persona es responsable de su problema de salud mental desata un aumento en los niveles emocionales

provocando coraje. Esto podría evocar en el profesional de la salud un doble comportamiento.

Por una parte, el deseo de ayudar, por la otra, el deseo de confinamiento y segregación.

Inclusive, para el 2022, Boen y sus colegas realizaron un estudio similar con estudiantes de psicología en formación. Los autores encontraron similares resultados asociados a la culpa hacia el paciente de ansiedad generalizada y estereotipos de peligrosidad, miedo y segregación dirigidos al paciente con esquizofrenia, evidenciando cierta tendencia a presentar mayor estigma hacia los pacientes de enfermedad mental grave (Boen et al., 2022; Boen, 2018).

En esta misma línea de pensamiento, Waugh (2019) encontró, aunque en menor escala, evidencia que arroja que estudiantes presentaron una carga negativa dirigida hacia pacientes con enfermedades graves como lo es la bipolaridad. Estos expusieron puntos de vista diciendo que estos pacientes son impredecibles, que tienen desequilibrios químicos en el cerebro que les provocan falta de juicio y un pobre control de sus comportamientos. También, expusieron que estos pacientes no son capaces de controlar su tratamiento, por ende, son un peligro para la sociedad y deben de ser obligados a medicarse.

De igual forma, Fresan (2018) estudió un grupo de estudiantes de psicología encontrando elevados niveles en factores asociados a distancia social (separatismo) y agresión. También, Lyndon y sus colegas (2016) evidenciaron que estudiantes deseaban cierto distanciamiento social, siendo mayor el anhelo de separación en las relaciones sociales personales. Expresaron que no aceptarían personas con diagnósticos de salud mental como compañeros de trabajo ni como parejas. Por otro lado, Tillman y su equipo de investigadores (2018), también demostraron la necesidad, tanto de estudiantes como de profesionales, de mantener la distancia cuando se trata de pacientes de salud mental.

Pranckeviciene y sus colegas (2018) evidenciaron entre estudiantes tanto de primer año como de doctorado el deseo de distanciamiento social. A pesar de que en los estudiantes de primer año se evidenció mayor deseo de distanciamiento, los profesionales de la salud mental en formación a nivel graduado también presentaron el deseo de distanciarse físicamente tanto en aspectos sociales como personales.

Sin embargo, en la literatura revisada sistemáticamente se pudo observar investigaciones que señalaron resultados que discrepan con los presentados anteriormente. En un análisis de la comprensión y las opiniones de profesionales de la salud en formación sobre el trastorno de la esquizofrenia, Herron (2016) planteó, que mientras mayor fuera el conocimiento sobre esta enfermedad, mayor sería la estigmatización. Estos planteamientos no fueron respaldados por los resultados. Los estudiantes no presentaron estigma hacia las personas con esquizofrenia y no creyeron que los pacientes con el trastorno de esquizofrenia eran inferiores o una amenaza para la población. Esto es consonó con otras investigaciones realizadas donde se evidencia que el entendimiento de las enfermedades mentales ayuda a disminuir la estigmatización (Martensson et al., 2014).

Por ejemplo, estos estudiantes presentaron pensamientos de que el trastorno de la esquizofrenia es como cualquier otra enfermedad y debe ser tratada como tal (Herron, 2016). Además, Waugh (2019) estableció a través de los resultados, que un mayor por ciento de los estudiantes evaluados tenía pensamientos de que los pacientes con enfermedades mentales tienen valores integrales y la capacidad de llevar una vida útil y significativa, contribuyendo a la sociedad.

Con base a la segunda pregunta que guía de esta revisión de literatura, la cual busca conocer lo que la literatura resaltó sobre si propulsa la disciplina o el nivel académico la

disminución del estigma de los profesionales de la salud mental en formación se encontró lo siguiente. Los autores señalaron que el programa de estudio y el nivel de educación son variables predictoras de un menor nivel de estigmatización. Esto quiere decir que, a mayor grado académico, menor estigmatización por los estudiantes (Boen et al., 2022; Boen, 2018; Kazemsoltani, 2017).

Además, otros hallazgos proyectaron que la formación de los estudiantes graduados disminuyó el nivel de estigma en los profesionales de la salud mental cuando se comparó un grupo de primer año doctoral con un grupo de internos, siendo los internos los que evidenciaron menor estigma (McCray, 2021). En contraposición a estos datos, Kaplan (2017) encontró que tres años de educación graduada no aumentaron ni redujeron significativamente los niveles de estigma en los estudiantes.

A pesar de que las investigaciones reportaron datos en donde se presenta que es menor el estigma según van aumentando los niveles académicos, no se puede pasar por alto que sí resaltan la estigmatización de estos futuros profesionales. Esto se puede traducir a que, los profesionales pueden ser parte de las dificultades que enfrentan día a día los que padecen de alguna condición de salud mental. Los hallazgos de esta revisión de literatura respaldan la necesidad de intervenciones antiestigma adaptadas a las necesidades específicas de la población de estudiantes en formación en salud mental. El no considerar el estigma en los modelos de tratamiento y formación académica conduce a socavar la eficacia de las intervenciones de salud pública (Hatzenbuehler, et al., 2013).

Marco Teórico y su Relación con el Estigma en Profesionales de Salud Mental en Formación

Por medio de la revisión de literatura exhaustiva, se presentaron artículos que mostraron evidencia de que sí existe la tendencia a etiquetar pacientes de salud mental en la población de estudiantes en formación. Por tal razón se seleccionó la teoría del modelo sociológico del etiquetado, haciendo claro por medio de sus componentes este fenómeno.

Es importante reconocer que los estereotipos sociales devalúan a las personas, por ende, su identidad. Se incluye el etiquetado, que es cuando la sociedad considera que una diferencia humana, en este caso, un trastorno de salud mental, es significativa y le es asignada una etiqueta. Luego, a esta etiqueta se le establecen estereotipos (características negativas) y se procede a la separación cognitiva (distinción entre nosotros, gente normal y ellos, gente rara) (Devine et al., 1999).

La teoría del modelo sociológico del etiquetado se presenta cuando una etiqueta psiquiátrica activa estereotipos e imágenes negativas sobre la enfermedad mental que son aplicados al individuo por parte de un PSM en formación. La teoría propone que, si una persona es estigmatizada porque tiene el atributo de tener una enfermedad mental, sugiere que, si no tuviera el atributo, no sería estigmatizada. Según Link & Phelan (2001), en realidad, el hecho de que sean pacientes de salud mental no atrae el estigma, pero la sociedad, al considerar que ser una persona con un problema de salud mental es menos que igual, estigmatiza sobre estas.

Según la literatura revisada, los estudiantes con formación académica en salud mental son parte de la sociedad que presenta ciertas imágenes que devalúan a pacientes que padecen esta enfermedad, provocando su discriminación. Al estas provenir de profesionales de la salud en formación, van a tener mayor peso sobre los pacientes. Los datos recuperados en la revisión de literatura demuestran que los estudiantes presentan varios de los componentes que se encuentran interrelacionados con la teoría cuando se presenta el estigma.

Entre estos componentes se encuentra el etiquetamiento de las diferencias humanas que causan controversias sociales, como lo es la enfermedad mental y la tendencia a darlas por sentadas, como si fueran ciertas. Además, creencias que son vinculadas a personas etiquetadas con características indeseables o estereotipos negativos. Estas se pueden observar como resultado de algunas de las investigaciones, como lo es la violencia y/o la agresividad (Sánchez-Castillo, 2016; Fresán et al., 2018; Link & Phelan, 2001). Por otro lado, encontramos que las personas etiquetadas fueron situadas en categorías diferentes evidenciando cierto grado de separación entre nosotros y ellos, o sea, distanciamiento social (Pranckeviciene et al., 2018; Lyndon et al., 2016; Tillman et al., 2018; Fresán et al., 2018).

Según la teoría de Link & Phelan (2001), cuando como PSM en formación etiquetamos a los pacientes de salud mental, los vinculamos con características indeseables como que son agresivos, violentos y peligrosos, se construye una lógica para devaluarlas, rechazarlas y excluirlas. Por tal razón, las estas personas con trastornos mentales son estigmatizadas y llevadas a experimentar pérdida de estatus y discriminación. Ya que se tiende a visualizar más la etiqueta propuesta que el propio comportamiento de la persona, esta problemática cuando proviene de profesionales de la salud, puede no tan solo afectar la autoestima y autoeficacia de los pacientes, sino también, el tratamiento ofrecido por los profesionales (Rosenfield, 1977). Se tiene que tener en consideración que la combinación del poder del PSM y el estigma puede conducir a efectos potencialmente discriminatorios en el tratamiento, incluyendo la patologización excesiva de los síntomas, la evaluación excesiva y la toma de decisiones en el tratamiento diferencial (Kaitz et al., 2021).

Limitaciones de la Investigación

Se identificaron varias limitaciones en esta revisión de literatura. La primera figura en la búsqueda de literatura exhaustiva revisada por pares. Durante el proceso de revisión y bajo los términos de búsqueda, no se encontró ninguna investigación que pueda demostrar la existencia del fenómeno del estigma en población de estudiantes de Puerto Rico. Todos los estudios cuantitativos y mixtos incluidos fueron realizado en otras jurisdicciones, otras culturas. Las referencias citadas en el escrito que fueron desarrolladas con población puertorriqueña no fueron parte del estudio exhaustivo, ya que, algunas no cumplían con los criterios de inclusión (revisión por pares, año de publicación) al momento de realizar la búsqueda de literatura.

Otra de las limitaciones y una de las más relevantes fue la cantidad de investigaciones a las cuales no se tuvo acceso. Algunas de estas por encontrarse en bases de datos donde era necesario poseer una suscripción mensual o anual y otras por el alto costo que requerían.

Implicaciones para la Comunidad Psicológica

En esta revisión de literatura sistemática se remarcó una problemática poco estudiada y atendida en Puerto Rico. Se propuso conocer que evidenciaban los estudios sobre si los estudiantes de psicología poseían o no creencias estigmatizantes dirigidas hacia personas con problemas de salud mental. Luego de haber revisado la literatura sistemáticamente, se evidenció que en la mayoría de las investigaciones presentadas se expusieron a estos profesionales de la salud como parte de la sociedad que presenta estigma.

Esta revisión abre paso a futuros investigadores del comportamiento humano para crear conciencia y desarrollar estudios relevantes al tema utilizando población puertorriqueña. Presenta al ámbito de la psicología moderna la importancia de destacar el estigma como un tema prioritario de estudio. Ofrece la oportunidad al sistema universitario de evaluar sus currículos académicos y crear cambios estructurales en sus programas de ciencias de la salud mental.

Además, la inclusión en los procesos de psicoeducación en tratamiento clínico, en especial los centros de prácticas. De este modo se fortalece la investigación y la practica psicológica, ofreciendo a la vez, salud y bienestar a los pacientes con trastornos mentales.

Conclusión y Recomendaciones

En esta revisión de literatura sistemática se incluyeron once estudios, cuantitativos y mixtos. A pesar de que presentan resultados variados, evidencian que las investigaciones recopiladas exponen datos en donde se presentan los profesionales de la salud mental en formación manifestando actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales. Se acentúa el hecho de que los profesionales son seres humanos expuestos a procesos de socialización que pueden inducir a una interiorización de actitudes estigmatizantes y discriminatorias hacia esta población.

Según la teoría social, la devaluación y la discriminación creada por la etiqueta ejecutada obstaculiza un amplio rango de áreas vitales, deteriorando el sentido de autoestima y autoeficacia y, comprometiendo la calidad de vida de los pacientes (Rosenfield 1992). El estigma es una barrera sociocultural que entorpece el acceso a servicios de salud mental. Este fenómeno clasifica sesgadamente de igual modo a todos los que tienen un diagnóstico, consolidando un estereotipo, un formato único para clasificar a personas solo por una característica en particular (Campo-Arias et al., 2014). Estas etiquetas, además de clasificar al paciente, podrían reforzar el rechazo y la exclusión por parte del profesional (Angermeyer & Schulzer, 2001). Este rechazo puede causar más sufrimiento que la propia enfermedad, favoreciendo en conjunto con los síntomas, la aparición de nuevos prejuicios (Ruiz et al., 2012).

Es necesario que el sistema de salud mental funcione con los más elevados estándares de excelencia. La población de pacientes de salud mental requiere de una atención e intervención

particular para que puedan tomar la decisión de participar y mantenerse en el tratamiento, alcanzando así la estabilización de los síntomas (Rosario et al., 2012). Se reitera que es menester de todo profesional en formación en salud mental el reconocer el estigma y plantear formas adecuadas para crear conciencia sobre la necesidad de disminuirlo.

Por tales razones, se ofrecen recomendaciones a los futuros investigadores de este tema. Iniciar investigaciones con poblaciones de estudiantes puertorriqueños en niveles de educación secundaria y de bachillerato, con el fin de obtener datos referentes a sus opiniones sobre el tema. De esta manera se podrá crear un plan para reforzar las áreas necesarias. También, que se incluyan investigaciones con profesionales de la salud que ya ejercen la profesión. Estos estudios podrían llevarse a cabo tanto en las agencias públicas que ofrecen servicios de salud mental, como los centros privados.

Cabe destacar que la evidencia avala que los que tienen contacto con personas con enfermedades mentales se relacionan con menor miedo y deseo de distanciamiento social (Matschinger & Angermeyer, 1996; Link & Cullen, 1986). De manera que, la exposición de los estudiantes a psicoeducación y juegos de roles, donde se simule la problemática podría ayudar. Los juegos de roles (*Role Playing*) son una práctica de grupo con técnicas que cada día se implantan más en los sistemas educativos para la formación de los estudiantes (APPF, 2023). Además, se coincide con Masedo y sus colegas (et al., 2021), que recomiendan crear un cambio en los modelos de aprendizaje ofreciendo a los estudiantes la oportunidad de tener contacto más temprano con rotaciones de salud mental, no solo reservar estas experiencias para último año.

Por otro lado, se sugiere el uso de las campañas psicoeducativas enfocadas en destacar la similitud de las personas diagnosticadas con una enfermedad mental con los que han sido diagnosticados con alguna otra enfermedad, pueden ser efectivas. Para culminar, se deben revisar

los currículos académicos, ya que los modelos de adiestramiento que reciben los estudiantes en formación en psicología están orientados a la patología. Están concentrados en promover cambios conductuales de una manera descontextualizada del individuo. Las consecuencias de esto se pueden observar en la falta de conocimiento sobre las inequidades de la salud pública y de determinantes claves como el estigma (Ramos-Pibernus et al., 2014). Se debe tener presente que, la literatura avala la inclusión de modelos centrados en la persona y en la recuperación (Horsfall et al., 2010).

Referencias

- American Psychological Association [APA] (2010). Cambie de opinión acerca de la salud mental. <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cambie>
- American Psychological Association [APA] (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Arlington, VA: *American Psychiatric Association*.
- Angermeyer, M. C., & Schulze, B. (2001). Reducing the Stigma of Schizophrenia: Understanding the Process and Options for Interventions. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10(1), 1–5. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00008472>
- APPF Cursos Homologados (2023). ¿En qué consiste el role-playing? Recuperado de: <https://www.appf.edu.es/consiste-role-playing/>
- Arens, E. A., Berger, C., & Lincoln, T. M. (2009). Stigmatisierung von patienten mit schizophrenie: Prägt das studium die einstellungen angehender psychologen und mediziner? [Stigmatization of patients with schizophrenia: The influence of university courses on the attitudes of prospective psychologists and doctors]. *Der Nervenarzt*, 80 (3), 329–339. <https://doi.org/10.1007/s00115-008-2646-4>
- Babic, D. (2010). Stigma and Mental Illness. *Materia Socio Médica*, 22, 43-46.
- Beldie, A., den Boer, J. A., Brain, C., Constant, E., Figueira, M. L., Filipcic, I., Gillain, B., Jakovljevic, M., Jarema, M., Jelenova, D., Karamustafalioglu, O., Kores Plesnicar, B., Kovacsova, A., Latalova, K., Marksteiner, J., Palha, F., Pecenak, J., Prasko, J., Prelipceanu, D., Ringen, P. A., ... Wancata, J. (2012). Fighting Stigma of Mental Illness in Midsize European Countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 Suppl 1, 1–38. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0491-z>

- Boen, R. D. (2018). The Evaluation of Attitudes towards Individuals with Mental Illness among Counselors in Training (Order No. 10976255). Available from ProQuest One Academic. (2190808952).
- <https://caiupr.idm.oclc.org/login?url=https://www.proquest.com/dissertations-theses/evaluation-attitudes-towards-individuals-with/docview/2190808952/se-2>
- Boen, R., Upton, T., & Larson, J. (2022). Graduate Education in Counseling and Related Educational Programs and the Stigma of Mental Illness. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 53(2), 94-104. <https://doi.org/10.1891/JARC-D-20-00034>
- Bogardus, E., (1965). The Development of Social thought. Davis McKay Company, Inc. Nueva York.
- Borenstein, J., (2020). Stigma, Prejudice and Discrimination Against People with MentalIllness. Patients and Family. *The American Psychiatric Association (APA)*.
- <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>
- Brescia, M. S., de Mattos, S., Porto, V., Redes, M. L., & Wschebor, M. (2021). Estigma y enfermedad mental: Intervención en estudiantes de Medicina. *Revista Médica del Uruguay*, 37(1), e37104. <https://doi.org/10.29193/RMU.37.1.3>
- Brown, R., Griggs, M., Cummins, J., Nittler, J., Gordy-Panhorst, K., & Hoffman, K. G.(2015). What can a Brief Narrative Exercise Reveal about Medical Students' Development as Patient-Centered Physicians and their Attitudes toward Patients with Mental Illness? *Academic Psychiatry*, 39(3), 324–328. <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0291-3>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H.C., Herazo, E., (2014). Estigma: Barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 43, núm. 3, pp.162-167.
- <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>

- Cappiello, N. M. (2019). Stigma among Mental Health Professionals toward Colleagues with Mental Illness (Order No. 13883419). Available from ProQuest One Academic. (2272720642).
- <https://uprm.idm.oclc.org/login?url=https://www.proquest.com/dissertations-theses/stigma-among-mental-health-professionals-toward/docview/2272720642/se-2>
- Codina, L., (2016). No lo llame Análisis Bibliográfico, llámelo Revisión Sistematizada. Y cómo llevarla a cabo con garantías: Systematized Reviews + SALSA Framework. Recuperado de: <http://blog.ecosyllaba.info/2016/05/no-lo-llame-analisis-bibliografico.html>
- Cohen, P., & Cohen, J. (1984). The Clinician's Illusion. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1178–1182. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790230064010>
- Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes with Mental Health Care. *The American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W. (Ed.). (2005). On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and social change. Washington, DC: *American Psychological Association*. <http://dx.doi.org/10.1037/10887-000>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2005). Mental Illness and Dangerousness: Fact or Misperception, and Implications for Stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), On the stigma of mental illness: Practical Strategies for Research and Social Change (pp.165–179). *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/10887-007>
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., & Kubiak, M. A. (2001). Three Strategies for Changing Attributions About Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187–195. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865>

Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., White, K., & Kubiak, M. A. (2002). Challenging two Mental Illness Stigmas: Personal Responsibility and Dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 293–309.

<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006939>

Crespo, Ramos, G., (2018). Validación de una Escala para Medir el Estigma de la SaludMental entre la Población General en Puerto Rico. Disertación Doctoral- Ponce Health Sciences University.

Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social Stigma. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (pp. 504–553). McGraw-Hill.

DeVellis, R.F. (2012). Scale development: Theory and applications. California: Sage. Second Edition.

De León-Casillas, C., Bermonti-Pérez, M. & Moreno-Torres, M. (2019). Guía Metodológica para un Revisión de Literatura Sistemática. *Revista Salud y Conducta*, 7(1), 24-38.

Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/347795849_Guia_metodologica_para_una_Revision_de_Literatura_Sistemica Methodological guide for a Systematic Literature Review

Devine, P. G., Plant, E. A., & Harrison, K. (1999). The Problem of "Us" Versus "Them" and AIDS Stigma. *American Behavioral Scientist*, 42(7), 1212–1228.

<https://doi.org/10.1177/00027649921954732>

Driskell, J. E., & Mullen, B. (1990). Status, Expectations, and Behavior: A Meta-Analytic Review and Test of the Theory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16(3), 541–553. <https://doi.org/10.1177/0146167290163012>

- Ebert, A. & Bär, K.J., (2010). Emil Kraepelin: A Pioneer of Scientific Understanding of Psychiatry and Psychopharmacology. *Indian J Psychiatry* # 52(2):191-2. Doi: 10.4103/0019-5545.64591.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2927892/>
- England, J. B. (2012). An integrative literature review: the relationship between healthy work environment and nursing-sensitive patient outcomes [Unpublished doctoral dissertation, Montana State University]. <https://scholarworks.montana.edu/xmlui/handle/1/1231>
- Evans-Lacko, S., Gronholm, P. C., Hankir, A., Pingani, L., & Corrigan, P. (2016). Practical Strategies to fight Stigma in Mental Health. In A. Fiorillo, U. Volpe, & D. Bhugra (Eds.), *Psychiatry in Practice: Education, Experience, and Expertise* (pp. 237–255). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198723646.003.0019>
- Farina, A., Gliha, D., Bourdreau, L. A., Ale, J. G., & Sherman, M. (1971). Mental Illness and the Impact of Believing Others Know About It. *Journal of Abnormal Psychology*, 77(1), 1–5.
<https://doi.org/10.1037/h0030496>
- Fresán, A., Robles-García, R., Martínez-López, N., Tovilla-Zárate, C. A., & Madrigal, E. (2018). Stigma and perceived aggression towards schizophrenia in female students of medicine and psychology. *Salud Mental*, 41(5), 207–212. <https://doi-org.uprm.idm.oclc.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.031>
- Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. *EnglewoodCliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.*
- González, D.D., Balaguer, S., (2009). Revisión sistemática y metanálisis (II): evaluación crítica de la revisión sistemática y metanálisis. *Evid Pediatr*;4:19. Recuperado de: <https://fapap.es/files/639-506-RUTA/75d861355a6ec936e3d9e28040b61594.pdf>

Hahn H. (1983). Paternalism and Public Policy. *Society*, 20(3), 36–46.

<https://doi.org/10.1007/BF02700073>

Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2013). Mental Health Professionals' Attitudes Towards People with Mental Illness: Do They Differ from Attitudes Held by People with Mental Illness? *The International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 48–54.

<https://doi.org/10.1177/0020764011423176>

Harper, D. C. (1987). Review of Social stigma—The Psychology of Marked Relationships.

[Review of the Book *Social Stigma—The Psychology of Marked Relationships*, by E.

Jones, A. Farina, A. Hastorf, H. Marks, D. Miller, R. Scott & R. French].

Rehabilitation Psychology, 32(1), 62–64. <https://doi.org/10.1037/h0092827>

Harris, I.J., Leskela, J., & Hoffman-Konn, L., (2016). Provider lived experience and stigma.

American Journal of Orthopsychiatry Vol. 86, No. 6, 604 –609.

<http://dx.doi.org/10.1037/ort0000179>

Hatzenbuehler, M.L., Phelan, J.C., Link, B.G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health* 103 (5): 813-821. [doi:](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069)

[10.2105/AJPH.2012.301069](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069)

Herron, S. E. (2016). Undergraduate psychology students' perceptions of schizophrenia (Order

No. 10242064). Available from ProQuest One Academic. (1853423437).

<https://caiupr.idm.oclc.org/login?url=https://www.proquest.com/dissertations-theses/undergraduate-psychology-students-perceptions/docview/1853423437/se-2>

Horsfall, J., Cleary M. & Hunt, G.E. (2010) Stigma in Mental Health: Clients and Professionals,

Issues in Mental Health Nursing, 31:7, 450-455, [DOI: 10.3109/01612840903537167](https://doi.org/10.3109/01612840903537167)

- Johnson, Benjamin T.; Grau, Peter Philip; and Saunders, Stephen M., (2020). "Psychiatric Medications and Stigmatizing Attitudes in College Students". *Psychology Faculty Research and Publications*. 475. https://epublications.marquette.edu/psych_fac/475
- Kaitz J.E., Steinhilber, K.M., Harris, J.I., (2021). Influence of Provider Gender on Mental Health Stigma. *Community Ment Health J*. 58 (3) p.p. 536-540. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00849-y>
- Kaplan, A. E. (2017). Do Fourth Year Clinical Psychology Doctoral Students Have Less Stigmatizing Attitudes Toward Persons with Schizophrenia than First Year Students? A Cross Sectional Study (Order No. 10269062). Available from ProQuest One Academic. (2193793076).
<https://caiupr.idm.oclc.org/login?url=https://www.proquest.com/dissertations-theses/do-fourth-year-clinical-psychology-doctoral/docview/2193793076/se-2>
- Kazemsoltani, P. (2017). *The Stigmatization of Mental Illness Among Mental Health Professionals: Comparing Graduate Students to Practicing Providers* (Order No. 10622220). Available from ProQuest One Academic. (1964384653).
<https://caiupr.idm.oclc.org/login?url=https://www.proquest.com/dissertations-theses/stigmatization-mental-illness-among-health/docview/1964384653/se-2>
- Kleinman, A., (1998). Experience and Its Moral Modes: Culture, Human Conditions and Disorder. Delivered at Stanford University.
<https://www.semanticscholar.org/paper/Experience-and-Its-Moral-Modes-%3A-Culture-%2C-Human-%2C-Kleinman/f9289d115f8fd872437da886b212b02c98d2c7f2>

- Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. The Alberta Heritage Foundation for Medical Research. HTA Initiative # 13. <http://www.aihealthsolutions.ca/publications/>
- Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszk, M., Gmaj, B., Ilgen, M. & Wojnar, M., (2015). Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. *Community Ment Health J.*;51(5): 628-34. DOI: 10.1007/s10597-014-9796-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25535045/>
- Koutra, K., Mavroeides, G., & Triliva, S. (2022). Mental Health Professionals' Attitudes Towards People with Severe Mental Illness: Are They Related to Professional Quality of Life? *Community Mental Health Journal*, 58(4), 701–712. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00874-x>
- Lee, M., & Seo, M. (2018). Effect of direct and indirect contact with mental illness on dangerousness and social distance. *The International Journal of Social Psychiatry*, 64(2), 112–119. <https://doi.org/10.1177/0020764017748181>
- Letelier, L., Manríquez, J., Rada, G. (2005). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia?. *Rev Médica Chile* 133 (2) 246-249 [DOI:10.4067/S0034-98872005000200015](https://doi.org/10.4067/S0034-98872005000200015)
- Li, J., Fan, Y., Zhong, H. Q., Duan, X. L., Chen, W., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2019). Effectiveness of an anti-stigma training on improving attitudes and decreasing discrimination towards people with mental disorders among care assistant workers in Guangzhou, China. *International Journal of Mental Health Systems*, 13, 1. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0259-2>

Lien, Y. Y., Lin, H. S., Lien, Y. J., Tsai, C. H., Wu, T. T., Li, H., & Tu, Y. K. (2021).

Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: a systematic review and network meta-analysis. *Psychology & Health*, 36 (6), 669–684.

<https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1828413>

Link, B.G., (1982). Mental Patient Status, Work, and Income: An Examination of the Effects of a Psychiatric Label. *American Sociological Review*, 47(2), 202–215.

<https://doi.org/10.2307/2094963>

Link, B. G., (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96–112. <https://doi.org/10.2307/2095395>

Link, B. G., & Cullen, F. T. (1986). Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(4), 289–302.

<https://doi.org/10.2307/2136945>

Link, B.G., Cullen, F.T., Frank, J. & Wozniak, J.F., (1987). The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *American Journal of Sociology*, Vol. 92, Number 6. DOI:10.1086/228672.

https://www.researchgate.net/publication/249173998_The_Social_Rejection_of_Former_Mental_Patients_Understanding_Why_Labels_Matter

Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E. L., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400–423. <https://doi.org/10.2307/2095613>

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <http://www.jstor.org/stable/2678626>

Lyndon, A. E., Crowe, A., Wuensch, K. L., McCammon, S. L., & Davis, K. B. (2016). College Students' Stigmatization of People with Mental Illness: Familiarity, Implicit Person Theory, And Attribution. *Journal of Mental Health*.

<https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244722>

McCray, N. (2021). Inside Job: Examining the Influence of Training on Mental Health Stigma and Social Distancing Among Psychology Trainees (Order No. 28025027). Available from ProQuest One Academic. (2438000116).

<https://cauiupr.idm.oclc.org/login?url=https://www.proquest.com/dissertations-theses/inside-job-examining-influence-training-on-mental/docview/2438000116/se-2>

Magliano, L., Rinaldi, A., Costanzo, R., De Leo, R., Schioppa, G., Petrillo, M., & Read, J. (2016). Improving psychology students' attitudes toward people with schizophrenia: A quasi-randomized controlled study. *The American journal of orthopsychiatry*, 86(3), 253–264. <https://doi.org/10.1037/ort0000161>

Mannarini, S., & Boffo, M. (2015). Anxiety, Bulimia, Drug and Alcohol Addiction, Depression, And Schizophrenia: What Do You Think About Their Aetiology, Dangerousness, Social Distance, And Treatment? A Latent Class Analysis Approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(1), 27–37. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0925-x>

Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393–421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>

Martensson, G., Jacobsson, J.W., Engström, M. (2014). Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: An analysis of related factors. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 21(9): 782-8. [doi:10.1111/jpm.12145](https://doi.org/10.1111/jpm.12145).

Mascayano, Tapia, F., Lips, Castro, W., Mena, Poblete, C. & Manchego, Soza, C., (2015).

Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental* # 38(1) p. 53-58. Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n1/v38n1a8.pdf>

Masedo, A., Grandón, P., Saldivia, S., Vielma-Aguilera, A., Castro-Alzate, E.S., Bustos C.,

Romero-López-Alberca, C., Pena-Andreu, J.M., Xavier, M., Moreno-Küstner, B. (2021).

A Multicentric Study on Stigma Towards People with Mental Illness in Health Sciences Students. *BMC Med Educ.* 21 (1): 324. <https://doi.org/10.1186%2Fs12909-021-02695-8>

Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (1996). Lay beliefs about the causes of mental disorders: a new methodological approach. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 31, 309–315.

<https://doi.org/10.1007/BF00783418>

Mental Health America (2020). 2020 Adult Data.

<https://www.mhanational.org/issues/2020/mental-health-america-adult-data#two>

Minoletti, A., Galea, S., & Susser, E. (2012). Community Mental Health Services in Latin

America for People with Severe Mental Disorders. *Public Health Reviews*,34(2),

<http://www.publichealthreviews.eu/show/a/116>. <https://doi.org/10.1007/BF03391681>

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Gherzi, D., Liberati, Al., Petticrew, M., Shekelle, P.,

Stewart, L., PRISMA-P Group. (2015). Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015 Statement. *Revisa Española de Nutrición Humana y Dietética Medicine*, 4(1).

https://www.researchgate.net/publication/286208053_Prefered_Reporting_Items_for_Systematic_Reviews_and_Meta-Analyses_The_PRISMA_Statement/references

Mötteli, S., Horisberger, R., Lamster, F., Vetter, S., Seifritz, E., & Jäger, M. (2019). More

optimistic recovery attitudes are associated with less stigmatization of people with mental

- illness among healthcare professionals working on acute and semi-acute psychiatric wards. *The Psychiatric Quarterly*, 90 (3), 481–489. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09642-3>
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillén, A. I., & 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. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000200005&lng=es&tlng=es.
- Mullen, B., Salas, E., & Driskell, J. E. (1989). Salience, Motivation, And Artifact as Contributions to The Relation Between Participation Rate and Leadership. *Journal of Experimental Social Psychology*, 25(6), 545–559. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(89\)90005-X](https://doi.org/10.1016/0022-1031(89)90005-X)
- Olmo-Romero, F., González-Blanco, M., Sarró, S., Grácio, J., Martín-Carrasco, M., Martinez-Cabezón, A. C., Perna, G., Pomarol-Clotet, E., Varandas, P., Ballesteros-Rodríguez, J., Rebolleda-Gil, C., Vanni, G., González-Fraile, E., & INTER NOS Group. (2019). Mental Health Professionals' Attitudes Towards Mental Illness: Professional and Cultural Factors in The INTER NOS Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(3), 325–339. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0867-5>
- Oexle, N., Müller, M., Kawohl, W., Xu, Z., Viering, S., Wyss, C., Vetter, S., & Rüsch, N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: A longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(2), 209–212. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0773-2>
- Organización Mundial de la Salud (2011). Mental Health Atlas 2011. www.who.int

Organización Mundial de la Salud (2013). Salud Mental: Guía del Promotor Comunitario.

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31342/salud-mental-guia-promotor.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20\(OMS\)%20define%20salud%20mental,una%20contribuci%C3%B3n%20a%20su%20comunidad%E2%80%9D](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31342/salud-mental-guia-promotor.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20(OMS)%20define%20salud%20mental,una%20contribuci%C3%B3n%20a%20su%20comunidad%E2%80%9D).

Organización Mundial de la Salud (2018). Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2020). “No hay salud sin salud mental”.

<https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>

Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2013). Salud mental: Guía del promotor

comunitario. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31342/salud-mental-guia-promotor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ottati, V., Bodenhausen, G. V., & Newman, L. S. (2005). Social Psychological Models of Mental

Illness Stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change* (pp. 99–128). *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/10887-004>

Parcesepe, A., M., & Cabassa, L., J., (2013). Public Stigma of Mental Illness in The United

States: A Systematic Literature Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40(5), 384–399. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0430-z>

- Patel, V., Belkin, G. S., Chockalingam, A., Cooper, J., Saxena, S., & Unützer, J., (2013) Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms. *PLoS Medicine*, 10(5), 1–6. [https://doi-org.uprm.idm.oclc.org/10.1371/journal.pmed.1001448](https://doi.org.uprm.idm.oclc.org/10.1371/journal.pmed.1001448)
- Peñuela-O'Brien, E., Wan, M. W., Edge, D., & Berry, K. (2023). Health professionals' experiences of and attitudes towards mental healthcare for migrants and refugees in Europe: A qualitative systematic review. *Transcultural Psychiatry*, 60 (1), 176–198. <https://doi.org/10.1177/13634615211067360>
- Periódico Primera Hora (2018). Somos la tercera jurisdicción de EE.UU. con mayores problemas de salud mental. Periódico Primera Hora. <https://www.primerahora.com/noticias/puerto-rico/notas/somos-la-tercera-jurisdiccion-de-eeuu-con-mayores-problemas-de-salud-mental/>
- Phelps, S. F., & Campbell, N. (2012). Systematic Reviews in Theory and Practice for Library and Information Studies. *Library and Information Research*, 36(112), 6-15. DOI: <https://doi.org/10.29173/lirg498> <https://lirjournal.org.uk/index.php/lir/article/view/498>
- Pingani, L., Coriani, S., Galeazzi, G.M., Nasi, A.M., Franceschini, C., (2021). Can Stigmatizing Attitudes Be Prevented in Psychology Students? *J Ment Health*. 30(4):p.p.488-493. <http://Doi:10.1080/09638237.2020.1714004>
- Polanco-Frontera, N., Cajigas-Vargas, I., Rivera-Segarra, E., Varas-Díaz, N., Santos- Figueroa, A., & Rosario-Hernández, E. (2013). Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud & Sociedad: Investigaciones en Psicología de la Salud y Psicología Social*, 4 (3), pp.250-263.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752013000300003&lng=pt&tlng=es

Ponte, K., (2021). The Many Impacts of Self-Stigma. National Alliance on Mental Illness

{NAMI}) blog. <https://www.nami.org/Blogs/NAMI-Blog/February-2021/The-Many-Impacts-of-Self-Stigma>

Pranckeviciene, A., Zardeckaite-Matulaitiene, K., Marksaityte, R., Endriulaitiene, A., Tillman,

D.R. & Hof, D.D. (2018). Social Distance in Lithuanian Psychology and Social Work Students and Professionals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 53, 849–857 (2018).

<https://doi.org/10.1007/s00127-018-1495-0>

Ramos-Pibernus, A. G., Rivera Segarra, E. R., Colón Burgos, J. F., González Sepúlveda, O.,

Rodríguez-Díaz, C. E., & Rodríguez Madera, S. L. (2014). Percepciones y experiencias sobre los determinantes sociales de la salud en una muestra de profesionales y estudiantes de psicología y educación para la salud en Puerto Rico. *Salud & Sociedad*, 5(2), 194-208.

<https://doi.org/10.22199/S07187475.2014.0002.00004>

Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16(3), 279–284.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01369.x>

Riffel, T., & Chen, S. P. (2020). Stigma in Healthcare? Exploring the Knowledge, Attitudes, and Behavioural Responses of Healthcare Professionals and Students toward Individuals with Mental Illnesses. *The Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1103–1119.

<https://doi.org/10.1007/s11126-020-09809-3>

Rivera-Segarra, E., Rosario-Hernández, E., Carminelli-Corretjer, P., Tollinchi-Natali, N., &

Polanco-Frontera, N. (2018). Suicide Stigma among Medical Students in Puerto Rico.

International journal of environmental research and public health, 15(7), 1366.

<https://doi.org/10.3390/ijerph15071366>

Rivera-Segarra, E., Varas-Díaz, N., & Santos-Figueroa, A. (2019). "That's all fake": Health

Professionals' Stigma and Physical Healthcare of People Living with Serious Mental

Illness. *Plos One*, 14(12), e0226401. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226401>

Rodríguez-Parés, C., Benítez, Nazario, J. & Parés, N.M. (2017). Descripción de la prevalencia y del estado de situación de la salud mental de niños y adolescentes en puerto rico a 2016.

<https://assmca.pr.gov/BibliotecaVirtual/Estudios/DESCRIPC%C3%93N%20DE>

[%20LA%20PREVALENCIA%20Y%20DEL%20ESTADO%20DE%20SITUA](https://assmca.pr.gov/BibliotecaVirtual/Estudios/DESCRIPC%C3%93N%20DE%20LA%20PREVALENCIA%20Y%20DEL%20ESTADO%20DE%20SITUA)

[CI%C3%93N%20DE%20LA%20SALUD%20MENTAL%20DE%20NI%C3%9](https://assmca.pr.gov/BibliotecaVirtual/Estudios/DESCRIPC%C3%93N%20DE%20LA%20SALUD%20MENTAL%20DE%20NI%C3%9)

[1OS%20Y%20ADOLESCENTES%20EN%20PUERTO%20RICO%20A%202016.pdf](https://assmca.pr.gov/BibliotecaVirtual/Estudios/DESCRIPC%C3%93N%20DE%20LA%20SALUD%20MENTAL%20DE%20NI%C3%9)

Rosario, Nieves, I., Plaza, Montero, A., Báez, Rivera, A., (2012). La salud mental en P.R.: Una

mirada desde las estadísticas y las políticas públicas. *Cuaderno de Investigación Social y Económica PUCPR*.

[https://www.researchgate.net/publication/307982114 La Salud Mental en Puerto Rico](https://www.researchgate.net/publication/307982114_La_Salud_Mental_en_Puerto_Rico)

[una mirada desde las estadísticas públicas](https://www.researchgate.net/publication/307982114_La_Salud_Mental_en_Puerto_Rico)

Rosenfield, S. L. (1992). Factors Contributing to the Subjective Quality of Life of the Chronic

Mentally Ill. *Journal of Health and Social Behavior*, 33(4), 299–315.

<https://doi.org/10.2307/2137310>

Rosenfield, S.L. (1997). Labeling Mental Illness: The Effects of Received Services and

Perceived Stigma on Life Satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 660-672.

<https://www.semanticscholar.org/paper/Labeling-mental-illness-%3A-The-effects-of-received-Rosenfield/f41a094edc31ba117b260d9ec09cf853baacaa7f>

- Ruiz, M. Á., Montes, J. M., Correas Lauffer, J., Alvarez, C., Mauriño, J., & de Dios Perrino, C. (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española [Opinions and beliefs of the Spanish population on serious mental illnesses (schizophrenia and bipolar disorder)]. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 5 (2), 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.002>
- Sadow, D., & Ryder, M. (2008). Reducing stigmatizing attitudes held by future health professionals: The person is the message. *Psychological Services*, 5(4), 362–372. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.5.4.362>
- SAMHSA. (2015). URS Table 1a: Number of Adults with Serious Mental Illness, Age 18 And Older, By State (Puerto Rico). https://www.dasis.samhsa.gov/dasis2/urs/adult_smi_child_sed_prev_2015.pdf
- Sánchez - Castillo, M.P., (2016). Estigma en los profesionales de la salud mental. *Master Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria*, Universidad de Jaume. http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/166076/TFM_2015_S%C3%A1nchez%20CastilloM.pdf?sequence=1
- Sandhu, H. S., Arora, A., Brasch, J., & Streiner, D. L. (2019). Mental Health Stigma: Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Undergraduate Students, Medical School Students, and Psychiatrists. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 64(3), 209–217. <https://doi.org/10.1177/0706743718792193>

- Scheff, S. W. (1999). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory* (3 ed.). New York: Aldine De Gruyter.
- Stuber, J. P., Rocha, A., Christian, A., & Link, B. G. (2014). Conceptions of Mental Illness: Attitudes of Mental Health Professionals and the General Public. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 65(4), 490–497. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>
- The Lancet Published (2016). The Health Crisis of Mental Health Stigma. Editorial, Volumen 387, issue 10023, p.1027. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00687-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00687-5)
- Tillman, D. R., Hof, D. D., Pranckeviciene, A., Endriulaitienė, A., Markšaitytė, R., & Žardeckaitė-Matulaitienė, K. (2018). Social Distance from Mental Illness Among Counseling, Social Work, and Psychology Students and Helping Professionals. *Journal for Social Action in Counseling & Psychology*, 10(1), 24–37. <https://doi.org/10.33043/JSACP.10.1.24-37>
- Toronto C. E. & Remington R. (2020). A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review Edited by Coleen E. Toronto, Ruth Remington. Ed. Coleen E. Toronto and Ruth. Remington. 1st ed. Cham: *Springer International Publishing*, 2020. Web. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-37504-1>
- Torraco, R. J. (2005). Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. *Human Resource Development Review*, 4(3), 356-367. <https://uprm.idm.oclc.org/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/writing-integrative-literature-reviews-guidelines/docview/221810269/se-2>
- Torraco, R.J., (2016). Writing Integrative Literature Reviews: Using the Past and Present to Explore the Future. *Hum Resour Dev. Rev.* 15 (4): p. 404–428. <https://doi.org/10.1177/1534484316671606>

Townsend Browne, D., (2010). "Attitudes of Mental Health Professionals Toward Mental Illness: Comparisons and Predictors: A Project Based Upon an Investigation at Department of Youth Services, Massachusetts". Master's Thesis, Smith College, Northampton, MA.

https://www.researchgate.net/publication/23251291_Attitudes_of_Ward_Attendants_Towards_Mental_Illness_Comparisons_and_Predictors

U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (1999). *Mental Health: A report of the Surgeon General*.

<https://profiles.nlm.nih.gov/spotlight/nn/catalog.nlm.nlmuid-101584932X120-doc>

Varas-Díaz, N., Neilands, T. B., Guilamo-Ramos, V., & Cintrón Bou, F. N. (2008). Desarrollo de la escala sobre el estigma relacionado con el VIH/SIDA para profesionales de la salud mediante el uso de métodos mixtos. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 19, 183–215.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20333258/>

Varas-Díaz, N., Santiago-Negrón, S., Neilands, T. B., Cintrón-Bou, F., & Malavé-Rivera, S. (2010). Stigmatization of Illicit Drug Use Among Puerto Rican Health Professionals in Training. *Puerto Rico health sciences journal*, 29(2), 109–116.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2877284/>

Varas-Díaz, N., Santos-Figueroa, A., Polanco-Frontera, N., Cajigas-Vargas, I., Díaz, M.R., Candelas, C. I. L., Rosario-Hernández, E., & Rivera-Segarra, E. (2012). Desarrollo de una escala para medir el estigma relacionado a problemas de salud mental en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23 Supp, 107–118.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4896006>

- Veschi, B. (2020). Etimología de estigma y estigmatizar. <https://etimologia.com/estigma-estigmatizar/>
- Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H., & Wade, N. G. (2013). Is Stigma Internalized? The Longitudinal Impact of Public Stigma on Self-Stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 311–316. <https://doi.org/10.1037/a0031889>
- 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>
- Wahl, O. & Aroesty - Cohen, E., (2010). Attitudes of Mental Health Professionals About Mental Illness: A Review of The Recent Literature. *J. Community Psychol.*, 38: 49-62. <https://doi.org/10.1002/jcop.20351>
- Wang, D., Locke, C., & Chonody, J., (2013). Differences by Race in Social Work Students' Social Distancing, Treatment Options, and Perceptions of Causes of Mental Illness. *Journal of Social Service Research*, 39:5, 646-661, <https://doi.org/10.1080/01488376.2013.816410>
- Waugh, J. A. (2019). Clinical Mental Health Counseling Students' Views of Serious Mental Illness and Persons with Serious Mental Illness (Order No. 27765803). Available from ProQuest One Academic. (2353663215). <https://caiuipr.idm.oclc.org/login?url=https://www.proquest.com/dissertations-theses/clinical-mental-health-counseling-students-views/docview/2353663215/se-2>
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., . . . Vos, T., (2010). Global Burden of Disease Attributable to Mental and Substance Use Disorders:

- Findings from The Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586. doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The Integrative Review: Updated Methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and Stigma: Adding Moral Experience to Stigma Theory. *Social Science & Medicine* (1982), 64(7), 1524–1535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>

APÉNDICES

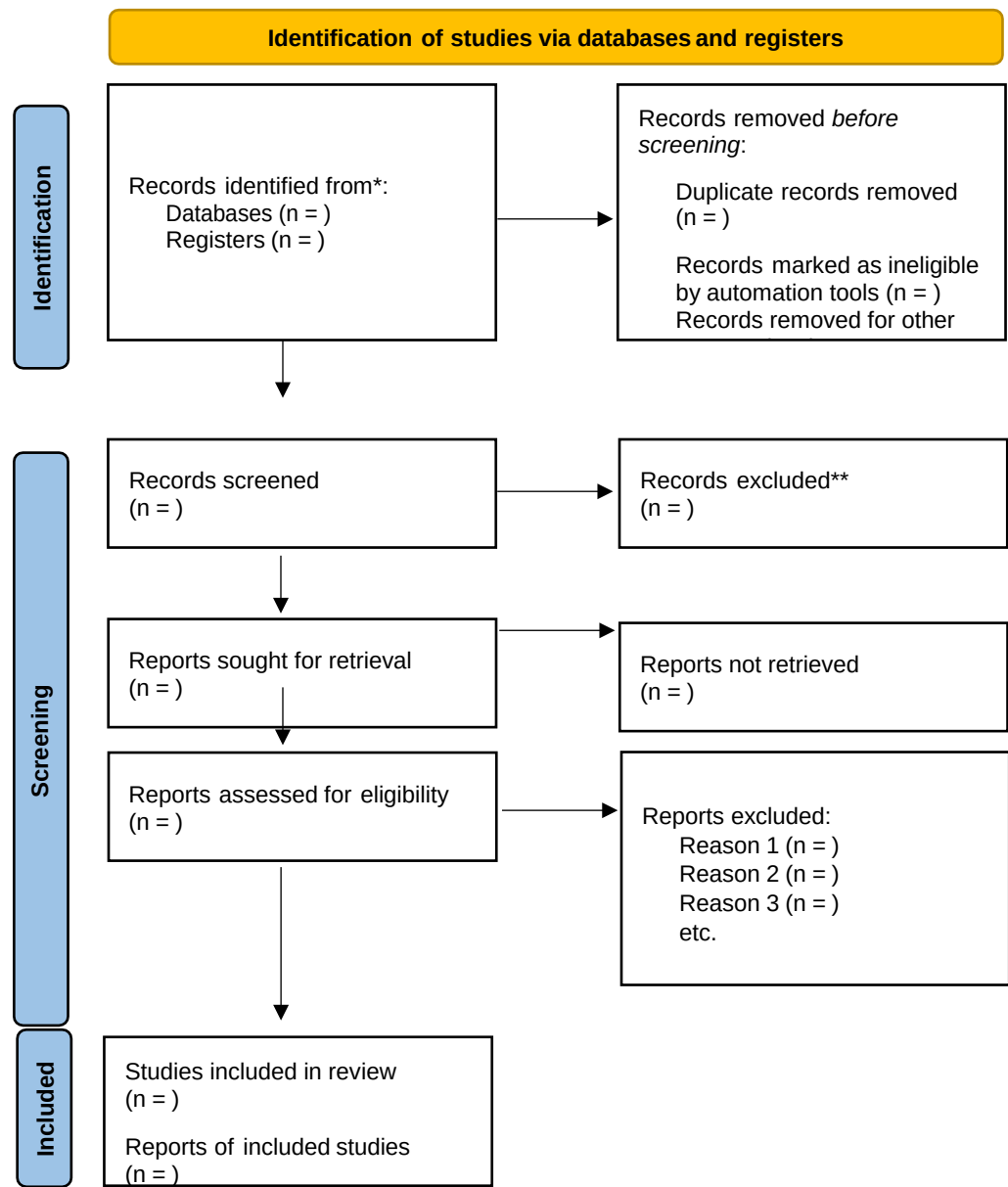
Apéndice A

Tabla de Bases de Datos y Términos de Búsqueda

[illegible]

Apéndice B

Flujograma PRISMA (en línea)



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

“Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses” (Moher, et al., 2015)

Apéndice C

Tabla de Estudios Incluidos y Bases de Datos

[illegible]

Apéndice D

Tabla de Artículos Excluidos y Razón de Exclusión

[illegible]

Apéndice E

Evaluación de Calidad para Estudios Cuantitativos (Kmet et al., 2004)

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
	Question / objective sufficiently described?				
	Study design evident and appropriate?				
	Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?				
	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?				
	If interventional and random allocation was possible, was it described?				
	If interventional and blinding of investigators was possible, was it reported?				
	If interventional and blinding of subjects was possible, was it reported?				
	Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias? Means of assessment reported?				
	Sample size appropriate?				
	Analytic methods described/justified and appropriate?				
	Some estimate of variance is reported for the main results?				
	Controlled for confounding?				
	Results reported in sufficient detail?				
	Conclusions supported by the results?				

Apéndice F

Evaluación de Calidad para Estudios Cualitativos (Kmet et al., 2004)

Estudio	Criteria	Yes (2)	Parcial (1)	No (0)	N/A
	Question / objective sufficiently described?				
	Study design evident and appropriate?				
	Context for the study clear?				
	Connection to a theoretical framework / wider body of knowledge?				
	Sampling strategy described, relevant and justified?				
	Data collection methods clearly described and systematic?				
	Data analysis clearly described and systematic?				
	Use of verification procedure(s) to establish credibility?				
	Conclusions supported by the results?				
	Reflexivity of the account?				

Apéndice G

Orden de Puntuaciones de Calidad

[illegible]