



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
ESCUELA DE POSGRADO

PERCEPCIÓN DE RECUPERACIÓN DE  
ENFERMEDAD MENTAL Y ACTITUD DE  
ESTIGMA EN ESTABLECIMIENTOS DE  
SALUD DEL PRIMER NIVEL DE  
ATENCIÓN DE LIMA SUR - 2017

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO  
EN CIENCIAS EN INVESTIGACIÓN  
EPIDEMIOLÓGICA

RICARDO ABRAHAM GÁLVEZ ARÉVALO

LIMA - PERÚ

2019



**Asesor o Director de Tesis**

**Dra. Inés Verónica Bustamante Chávez**

*Para mi luna, la que sólo tiene un ejemplar entre millones y millones de estrellas, y  
que para recordarla solo es suficiente mirar al cielo para ser feliz.*

*Sofi*

## Tabla de contenidos

<b>1.</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Planteamiento de la investigación.....</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>8</b>
<b>4.</b>	<b>Marco Teórico.....</b>	<b>9</b>
<b>5.</b>	<b>Metodología.....</b>	<b>29</b>
<b>6.</b>	<b>Resultados.....</b>	<b>43</b>
<b>7.</b>	<b>Discusión.....</b>	<b>50</b>
<b>8.</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>57</b>
<b>9.</b>	<b>Recomendaciones.....</b>	<b>58</b>
<b>10.</b>	<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>60</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>70</b>

## RESUMEN

**Introducción:** El estigma representa una barrera que impide que se realice una atención adecuada a los pacientes con trastornos mentales por adoptar conductas discriminatorias; sin embargo, esto podría variar según la percepción que los trabajadores de salud que tienen sobre la recuperación del paciente.

**Pregunta de investigación:** ¿Existe relación entre percepción de recuperación de enfermedad mental y la actitud de estigma en trabajadores de establecimientos de salud? **Métodos:** Es un análisis secundario de diseño transversal donde ingresaron 515 participantes, se utilizaron los puntajes de los instrumentos Life-Goals y Openings-Minds realizado por el trabajador, teniendo los puntajes bajos, moderados y altos como posibles resultados categóricos, y se usó la regresión logística ordinal en el análisis. **Resultados:**

Después de ajustar por variables confusoras, se observa que existe relación entre los puntajes bajos de percepción de recuperación y puntajes altos de estigma. **Discusión:** Este hallazgo es coherente con las perspectivas de los Servicios Orientados a la Recuperación y el *Marco de Integración de Influencias Normativas sobre el Estigma*, pudiendo entender que la percepción de un mal pronóstico de un trastorno mental está acompañado con mayores niveles de estigma, siendo información útil para que se puedan implementar medidas de prevención para optimizar el sistema de salud mental en Perú.

**Palabras clave:** Actitud de estigma, Percepción de recuperación de enfermedad mental, Atención primaria, Salud mental pública.

## ABSTRACT

**Introduction:** Stigma represents a barrier that prevents adequate attention to patients with mental disorders by adopting discriminatory behaviors; however, this could vary depending on the perception that health workers have about the patient's recovery. **Research question:** Is there a relationship between the perception of recovery from mental illness and the attitude of stigma in health facility workers? **Methods:** It is a secondary analysis of cross-sectional design where 515 participants entered; we used the scores of the Life-Goals and Openings-Minds instruments performed by the worker, with low, moderate and high scores as possible categorical results, and the Ordinal logistic regression in the analysis. **Results:** After adjusting for confusing variables, there a relationship between low recovery perception scores and high stigma scores. **Discussion:** This finding is consistent with the perspectives of the Recovery-Oriented Services and the Regulatory Influence Integration Framework on Stigma; these understand the perception of a poor prognosis of a mental disorder with higher levels of stigma; being useful information so that prevention measures can be implemented to optimize the mental health system in Peru.

**Keywords:** Stigma attitude, Perception of recovery from mental illness, Primary care, Public mental health.

## **1. Introducción**

El estigma hacia las personas que tienen alguna enfermedad mental impide el fortalecimiento y desarrollo del primer nivel de atención, dado que genera barreras para el acceso y la atención de calidad para clientes que requieren ayuda (1); por lo que es probable, que los sistemas de salud en donde los individuos que son etiquetados con problemas de salud mental tengan menos posibilidades de beneficiarse de los servicios de salud en comparación a los pacientes que no presentan estos problemas (2).

En este sentido, la presente investigación tuvo como objetivo evaluar la relación entre la percepción de recuperación de enfermedad mental y la actitud de estigma. Se trató de un análisis de datos secundarios de un ensayo aleatorizado que evaluó la intervención de un programa anti – estigma y promoción de la recuperación.

De esta manera, esta tesis estará presentada en los siguientes apartados. En el primero se menciona la identificación del problema, justificación e importancia del tema y los objetivos del mismo. El segundo apartado contiene la conceptualización de las variables de estudio, los diferentes antecedentes sobre tema y las definiciones operacionales. En el tercero, se señala la metodología utilizada, donde se describe el diseño y tipo de investigación, la población, muestra, instrumentos que se usaron, el procedimiento, análisis de datos y las consideraciones éticas. Finalmente se presentarán los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

## **2. Planteamiento de la investigación**

### **2.1.Planteamiento del Problema**

En el Perú, un tercio de la población ha tenido alguna vez algún trastorno de salud mental (3) y sólo el 32.2% de los casos severos logra acceder a un tratamiento (4). Este problema de acceso al tratamiento podría contribuir a que las enfermedades neuropsiquiátricas representen la mayor carga de enfermedad en el país (5). En este contexto, el estigma en el personal de salud hacia los pacientes con trastornos mentales afecta la calidad de atención que recibe esa minoría que ha logrado acceder a un tratamiento (6). De esta manera, en la práctica profesional, las conductas discriminatorias y actitudes estereotípicas asociadas al estigma representan una barrera que bloquea la atención oportuna y adecuada que se debe brindar a los pacientes (2,7–9).

El estigma es entendido como la concurrencia de etiquetado, creación de estereotipos, distanciamiento, desvaloración de estatus y discriminación en una situación donde se ejerce poder representado como un atributo desacreditador y que tiene como objetivo minimizar las cualidades de una persona en su totalidad a una persona contaminada o descalificada y puede repercutir en el proceso de tratamiento a las personas que padecen de una enfermedad mental (10–13).

Su prevalencia ha sido estudiada en una revisión sistemática utilizando un total de 18 estudios que cumplieron con criterios metodológicos robustos. Dentro de ellos,

sólo un estudio utilizó un poder estadístico adecuado, 10 estudios emplearon al menos algún elemento de muestreo probabilístico y obtuvieron tasas respuesta de al menos el 70%, 13 estudios emplearon herramientas de prevalencia confiables y validadas que muestrearon a la población general, estudiantes, profesionales de la salud, oficiales de policía, empleadores y miembros de la familia. Los resultados mostraron que el estigma se identificó sistemáticamente en proporciones moderadas y altas en todos estos grupos (14).

De la misma manera, se realizó una revisión sistemática del alcance de la literatura relacionada con el estigma hacia salud mental en los servicios del primer nivel de atención. Para el reporte de sus resultados identificaron dos artículos realizados para toda la región de América Latina, cuatro en Brasil, uno en Chile, uno en Perú, y uno en República Dominicana. A pesar de que la mayoría de ellos estaban basados en revisiones de literatura o datos cualitativos, se destaca que las actitudes estigmatizantes entre el personal sanitario influyen en la calidad de la atención; las enfermedades mentales fueron los diagnósticos que fueron estigmatizados de manera más severa y presentaron altas tasas de rechazo; las actitudes del personal del primer nivel de atención hacia las personas con problemas de uso de sustancias entre se asociaron con una menor preparación académica; y la posibilidad de que las actitudes hacia personas con demencia podría variar entre ciudades que siguen diferentes realidades contextuales (15).

En este sentido, las atenciones a los pacientes con enfermedades mentales en el primer nivel de atención condicionadas por el estigma podrían variar con sistemas

orientados a la recuperación de enfermedad mental (16–18). Esta postura considera que el proceso de mejora de los pacientes puede estar facilitada por la percepción de recuperación de enfermedad mental de parte de los trabajadores de salud; es decir, la creencia de que las personas con enfermedades mentales podrían tener la posibilidad de sostener un desarrollo satisfactorio con objetivos de vida (19–21). Bajo estas circunstancias, los trabajadores podrían generar condiciones orientadas a la recuperación de la enfermedad dependiendo de su percepción acerca de la recuperación y daría como resultado una lucha contra el estigma.

Si bien hay evidencia de que los programas que buscan una orientación de recuperación positiva se asocian con menos estigma internalizado, es decir, los mismos pacientes disminuyen sus propios estereotipos (22); en la literatura, podemos encontrar pocos antecedentes de investigaciones que han abordado la relación entre percepción de recuperación de enfermedad mental y actitudes de estigma. Dentro de ellos, destacan la identificación de tres formas principales de sutiles expresiones de estigma como la percepción de que la experiencia vivida por el paciente no es relevante, el no intercambio de conocimiento profesional acerca de la salud mental al considerarse no necesario, y finalmente la creencia de que las personas diagnosticadas con una enfermedad mental no tienen esperanza de recuperación (23). A nivel cuantitativo, investigaciones realizadas en hospitales para veteranos de guerra, muestran que un mayor respaldo a la orientación de recuperación está asociado con menos actitudes de estigma como la socialización

con personas diagnosticadas de enfermedad mental y la normalización de la vida de las personas con enfermedad mental (24,25).

De la misma manera, existen pocos estudios realizados en Perú que exploran las características de la percepción de recuperación de enfermedad mental y del estigma que no llegan a ser suficientemente robustos metodológicamente para la comprensión de la relación entre ambas. Sin embargo, se reportan experiencias de pacientes peruanos con diagnóstico de esquizofrenia que refieren haber recibido comentarios ofensivos y experiencias de opresión generadas por el personal de salud, lo que habría generado un impacto perjudicial en su percepción de reinserción a la sociedad (26).

Así mismo, se ha podido reportar que el estigma hacia los pacientes usuarios de los servicios de salud mental, expresado por el personal de salud, y la percepción de recuperación de enfermedad mental también pueden estar asociados al distanciarse socialmente de los pacientes definido como el nivel de aceptación que las personas tienen acerca de personas cuyas características están fuera de su norma social (1,27,28), tener antecedentes familiares de trastornos mentales (29,30), rol en el establecimiento de salud (31), estar capacitado en salud mental (32–35), el tiempo trabajado en atención primaria (36)

Dada la diversidad de antecedentes, es necesario utilizar un teorema como el *Marco de Integración de Influencias Normativas sobre el Estigma* (37) que comprende este fenómeno desde diferentes niveles que van desde niveles micro o

nivel psicológico, niveles meso o red social y niveles macro o de toda la sociedad y se pueda dar base conceptual a la comprensión de la relación entre y la percepción de recuperación de enfermedad mental y la actitud de estigma.

Finalmente, los antecedentes internacionales nos ayudan a presumir que existe una relación significativa entre la percepción de recuperación de enfermedad mental y actitud de estigma; sin embargo, las investigaciones a mención se han dado en establecimientos hospitalarios especializados y la población a estudiar fueron los médicos, desconociendo así la dinámica de esta relación en el resto de personal de salud que interactúa con los pacientes que tienen alguna enfermedad mental en el primer nivel de atención primer nivel de atención en el Perú que son los servicios más cercanos a la población, destinado a resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación(38); así mismo, los análisis estadísticos de los antecedentes muestran relaciones crudas que podrían variar según la presencia de las variables confusoras previamente mencionadas. Frente a estas brechas en el conocimiento, se plantea la pregunta de investigación: ¿Existe relación entre los puntajes de percepción de recuperación de enfermedad mental y los puntajes de actitud de estigma; controlando por distancia social, antecedentes de experiencias familiares de enfermedad mental, formación académica en salud mental, rol y tiempo trabajando en establecimientos de salud de los trabajadores de centros de salud del primer nivel de atención de Lima?

## **2.2. Justificación del estudio**

Tras la conferencia convocada por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF en Alma-Ata, existe el interés de reforzar la atención primaria de salud, que tiene dentro de sus estrategias abordar los problemas de salud mental (39). La salud mental es una de las prioridades de investigación e implementación de intervenciones a nivel mundial dado su impacto en años vividos con discapacidad (5,40,41) . En ese sentido, se plantea la necesidad de tener sistemas en salud mental orientados a la recuperación (19); es decir, que tengan principios rectores guiados al bienestar de todas las personas con una enfermedad mental y el estigma representa una barrera que impide el desarrollo adecuado de estos objetivos.

Sin embargo, después de casi cuarenta años de dichos acuerdos, hay diferentes obstáculos para sus cumplimientos (2). Se reporta que actitudes y comportamientos negativos hacia las personas con alguna enfermedad mental, tiene repercusiones desfavorables en la calidad de vida de las personas que reciben atención en los sistemas de atención primaria (11).

De esta manera, se presume una relación entre la percepción de recuperación de enfermedad mental y las actitudes de estigma con sus factores asociados en los trabajadores de los establecimientos de salud que necesita corroborarse con evidencias. En base a esta premisa, el presente estudio plantea conocer de qué forma la actitud de estigma está relacionada con la percepción de recuperación de

enfermedad mental en los trabajadores de salud de Lima Sur, lugar donde se encuentra la mayor prevalencia de vida de trastornos mentales de la capital peruana(42). Esto nos permitirá poner en evidencia las implicancias del ejercicio y prácticas en salud mental condicionada por el estigma y ser información útil para que, desde el marco de la salud pública, se puedan implementar medidas de promoción de la salud y prevención del riesgo de las enfermedades de salud mental con el fin de optimizar el sistema de salud mental en Perú.

Esta propuesta está alineada con el Artículo 14 del Acta de Salud Mental en la Ley de Derechos Humanos que expone sobre el requerimiento de que el estado aplique todos los derechos sin discriminación. Desde su publicación en 1959, busca generar impacto en la forma en que se trata a las personas con problemas de salud mental, discapacidades de aprendizaje y demencia, desempeñado un papel central para iniciar programas de capacitación a los proveedores de salud para optimizar el servicio a los usuarios de los servicios y sus familias (43). Además está alineado, con el Plan de Acción de la Organización Mundial de la Salud y la Estrategia de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud, que recomienda un enfoque integral de comprensión de la acción a nivel local, incluida el fortalecimiento de los servicios de salud mental del primer nivel de atención. Por lo que estudios como la presente tesis permite generar información para poder realizar de manera óptima estas propuestas (44).

### **3. Objetivos**

*Objetivo general*

Evaluar la relación entre la percepción de recuperación de enfermedad mental y la actitud de estigma; controlando por distancia social, antecedentes de experiencias familiares de enfermedad mental, formación académica en salud mental, rol y tiempo trabajando en establecimientos de salud de los trabajadores de centros de salud del primer nivel de atención de Lima.

#### *Objetivos específicos*

- Explorar las características sociodemográficas de los trabajadores de centros de salud del primer nivel de atención de Lima.
- Explorar las relaciones bivariadas entre la actitud de estigma y percepción de recuperación de enfermedad mental, distancia social, antecedentes de experiencias familiares de enfermedad mental, formación académica en salud mental, rol y tiempo trabajando en establecimientos de salud.

## **4. Marco Teórico**

### **4.1. Definición conceptual de estigma**

El estigma definido por Goffman como la concurrencia de etiquetado, creación de estereotipos, distanciamiento, desvaloración de estatus y discriminación en una situación donde se ejerce poder representado como un atributo desacreditador y que tiene como objetivo minimizar las cualidad de una persona en su totalidad a una persona contaminada o descalificada (45).

El estigma en los proveedores de salud frente las personas con problemas de salud mental impide el fortalecimiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención para el acceso y una atención oportuna y de calidad para la población que presenta estas condiciones (46) dado el ejercicio conjunto de actitudes y creencias negativas que motivan a las personas a temer, rechazar, evitar y discriminar a las personas alguna enfermedad mental (47).

Por tal motivo, se espera que en los sistemas de salud, los individuos que son etiquetados con problemas de salud mental tengan menos probabilidades de beneficiarse de los servicios de salud en comparación a los pacientes que no presentan estos problemas (10,11). En ese sentido, los roles y responsabilidades de los proveedores de salud de los establecimientos de salud de atención primaria les permiten poder ser simultáneamente estigmatizadores, estigmatizados o agentes poderosos anti estigma (48).

A pesar de que el trabajo de tesis se centra en el estigma de los trabajadores de salud, la literatura nos indica que el estigma público está relacionado fuertemente con el auto estigma y el estigma de la familia hacia su familiar con enfermedad mental(49,50). El autoestigma surge cuando los pacientes avalan e interiorizan los prejuicios y los estereotipos negativos asociados con tener una enfermedad de salud mental severa (51). Teniendo una amplia gama de efectos adversos, que incluyen: desesperanza aprendida, percepciones de devaluación, estrés, disminución de calidad de vida, autoestima y autoeficacia. Estos efectos tienen consecuencias como deterioro social, falta de adaptación, apoyo social limitado,

desempleo, pérdida de ingresos, adherencia reducida al tratamiento de los trastornos psiquiátricos y la efectividad del tratamiento, todo lo cual indica que el autoestigma es un factor de riesgo importante para un peor pronóstico de salud mental(51,52). Con respecto a la familia, ha habido un cambio en la forma en que se ven las familias de los pacientes en las posturas relacionadas a la recuperación; es decir, de ser posibles desencadenantes de los síntomas de la enfermedad a ser socios potenciales en los procesos de recuperación de los pacientes (53); sin embargo, varios estudios han investigado el estigma relacionado con la salud mental en la familia, con una revisión sistemática se mostró que las características relacionadas con la enfermedad como la "atribución de la enfermedad" y la "hora de atención", así como las características psicosociales como el "apoyo que recibe del resto de familia", la "carga", la "depresión", el "estrés", la "angustia" y la "preocupación por el honor" se asociaron con el representaciones negativas de estigma de los familiares hacia sus parientes (54).

#### **4.2.Servicios orientados a la recuperación de enfermedad mental en la atención primaria de salud**

En 1977 representantes de la Organización Mundial de la Salud, especialistas de distintos países y la UNICEF se reunieron en el primer congreso mundial sobre atención primaria de salud (39). En esta reunión se establecían las bases de la Atención Primaria de Salud donde la promovían como parte de los sistemas nacionales de salud, constituyendo la función central y el núcleo principal de la salud de la comunidad (38).

La salud mental es incluida en la atención primaria de salud integrando los aspectos médicos con los psicológicos, los psiquiátricos, los psicosociales y psicopedagógicos y dando una especial importancia a la promoción, prevención y rehabilitación de la salud (55). El fortalecimiento de los servicios de salud mental en la atención primaria de salud se relaciona con la perspectiva de los servicios orientados a la recuperación (56), es decir la implantación de actividades asistenciales basadas en la noción de que la mayoría de las personas pueden crecer más allá de la catástrofe de una enfermedad mental grave y llevar una vida significativa en su propia comunidad (57).

#### **4.3. Definición conceptual de la percepción de recuperación de enfermedad mental**

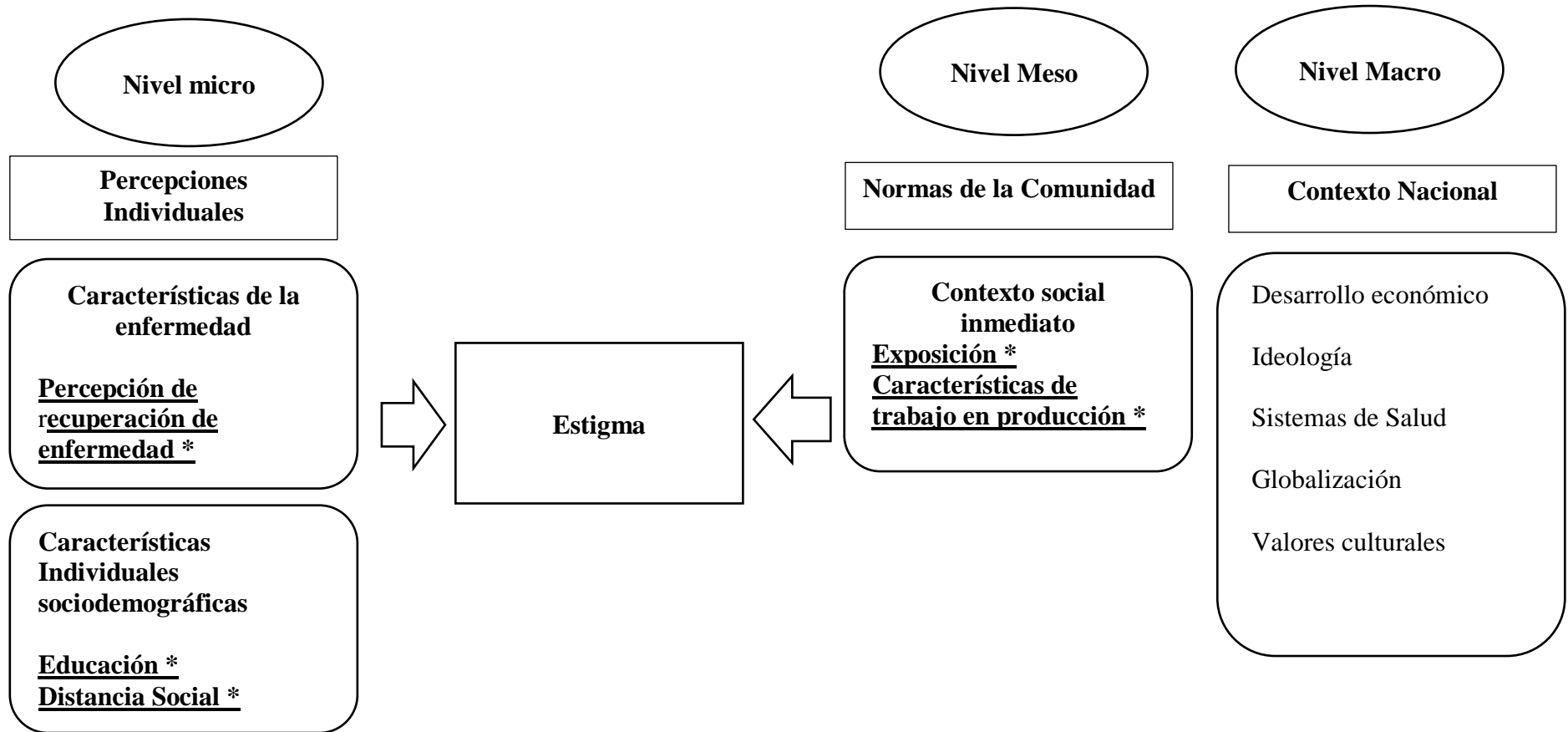
Se refiere a la creencia de que las personas con enfermedades mentales podrían tener la posibilidad de sostener un desarrollo satisfactorio con objetivos de vida (19–21). Mediante esta perspectiva, se considera a la persona con alguna enfermedad mental en su plenitud con motivaciones, talentos, intelecto y personalidad que como en la población general (58). El personal asistencial con altos niveles de percepción de recuperación de enfermedad manifiesta las siguientes características hace que el paciente planifique sus intervenciones y la entrega los servicios (59) y mantiene la esperanza tanto en los participantes del servicio como en sus practicantes, evalúa el progreso hacia el crecimiento (58).

#### **4.4. Antecedentes y relación teórica entre la percepción de recuperación con el estigma de enfermedad mental y sus características asociadas**

#### 4.4.1. Marco de integración de influencias normativas sobre el estigma.

Como respuesta a la enfermedad y otros problemas sociales que requieren acción, el estigma representa una barrera que impide intervenciones adecuadas a las personas que tienen algún problema de salud mental, y las dinámicas que originan esta condición se encuentran en la interfaz de factores comunitarios e individuales (7). Abordar el estigma requiere un enfoque que pueda comprender la naturaleza y los efectos del este fenómeno. El estigma se manifiesta como un conjunto de estructuras de heterogéneas e interrelacionadas, que van desde lo individual hasta las características de la sociedad. Frente a esto, los investigadores Pescosolido, Lang, y Olafsdottir, desarrollaron un teorema llamado FINIS (por sus siglas en inglés *Framework Integrating Normative Influences on Stigma* – **Figura 1**) que propone dar explicación al proceso de estigmatización. Para ello, comprende el estigma desde diferentes niveles: micro o nivel psicológico, factores meso o red social; y factores macro o de toda la sociedad (37).

Figura 1. Marco de integración de influencias normativas sobre el estigma.



#### 4.4.1.1.Nivel Micro

El lado izquierdo de la **Figura 1** se observan los conceptos relacionados con las percepciones individuales y cómo podrían combinarse para predecir el estigma. Así entonces, las características de la enfermedad y las características individuales sociodemográficas se combinan para dar forma a la evaluación hacia una persona que tenga alguna enfermedad mental. Cuanto mayor sea el grado en que la persona enferma tenga características devaluadas, mayor será la probabilidad de que el trabajador califique la enfermedad como grave y respalde las actitudes estigmatizantes (37).

#### *Percepción de recuperación de enfermedad mental*

La esperanza en la recuperación es un factor esencial en todas las actividades de los servicios orientados a la recuperación. Valorar el "potencial de crecimiento" implica un compromiso de mantener la esperanza tanto en los pacientes del servicio de salud mental como en sus profesionales, por lo que incluye evaluar el progreso hacia el crecimiento, ajustar servicios para permitir que el progreso sea notado o reconocido, así como modificar los servicios para mejorarlos (57). Un estudio realizado en Estados Unidos tuvo como objetivo evaluar la asociación entre la percepción de la recuperación con la estigmatización estudiando a 98 médicos de salud mental en un hospital para veteranos de guerra. Los resultados mostraron que la percepción orientada a la recuperación estaba fuertemente asociada con actitudes de estigma, es decir aquellos con creencias estigmatizantes pueden mantener creencias negativas en el proceso de

recuperación general del paciente enfermo (25). Este estudio puede complementarse con una investigación realizada a 350 proveedores de servicios de salud mental donde identificaron que el estigma está relacionado significativamente con la sensación general de desempoderamiento e ineficacia de las intervenciones en los entornos de salud mental (60).

Así mismo, una revisión sistemática nos ayuda a entender como es la percepción de recuperación de enfermedad mental en los proveedores de salud. Para dicho trabajo, se incluyó 22 trabajos en que se identificaron las conceptualizaciones de la práctica orientada a la recuperación clínica, personal y la definida por el servicio. Dentro de los resultados destaca que dentro de los trabajadores de salud, les es difícil articular o describir lo que significa la recuperación y su aplicación en la salud mental, además se observa la preocupación de que las expectativas de la recuperación supongan una carga adicional para los trabajadores y entienden el proceso de recuperación como un evento impensado de conseguir por la intangibilidad de los signos y síntomas (61).

### *Distancia Social*

Es definida como los comportamientos de aceptación que las personas tienen acerca de personas cuyas características están fuera de su norma social (62). Se generan reconocimientos de grupos de individuos según categorías como por ejemplo religión, etnia, conciencia de clase o diagnóstico en salud, y la evaluación de esas categorías puede reducir la complejidad de cooperación

social con dicho grupo. Así entonces, una baja distancia social se caracteriza por un sentimiento de identidad común, de pertenencia a un grupo y basada en la idea de experiencias compartidas, por lo que la otra persona recibe nuestra simpatía, franqueza y comprensión; en contraste, una alta distancia social se caracteriza por un fuerte alejamiento, en su mayoría conectado con un difuso miedo (63,64). Se distingue de las actitudes de estigma por las siguientes razones: la falta de conocimiento de las causas, los síntomas y opciones de tratamiento de trastornos mentales, o una falta de contacto personal con personas que padecen estos desórdenes, pueden llevar a actitudes de estigma es decir prejuicios negativos, mientras que la distancia social se refiere a los actos de discriminación y exclusión social como comportamientos visibles (63).

Investigaciones acerca del tema, muestran características que nos permiten entender la relación de distancia social con la percepción de recuperación y el estigma. Un estudio, realizado en 160 estudiantes de carreras de salud, examinó la distancia social y las percepciones de peligrosidad de la enfermedad mental; los resultados mostraron que la presencia de esquizofrenia y consumo de sustancias psicoactivas dio lugar a una mayor distancia social (65). Además, un reporte realizado en 351 proveedores de atención médica indica que hubo una correlación positiva y significativa entre el estigma hacia la salud mental y la distancia social ( $\beta = 0.190$ ,  $p = 0.002$ ) (66). También esa tendencia se observa en estudiantes de medicina que no han recibido ninguna capacitación en psiquiatría, en donde se identifica que el nivel de contacto personal con personas con enfermedades mentales se correlaciona con menos indicadores de estigma (67).

Así mismo, dentro de los antecedentes se encuentra un estudio, realizado a 219 trabajadores de salud, donde se encontró que una mayor distancia social hacia las personas con enfermedades mentales se asocia con una comprensión de la recuperación de la enfermedad menos favorable y un estereotipo o estigma más negativo (68).

### *Capacitación en Salud mental*

Corrigan y sus colegas identificaron a la educación como una estrategia principal para enfrentar el estigma hacia la salud mental y el desconocimiento acerca del proceso de recuperación de enfermedad mental. Expone que el empoderamiento de las personas con la información correcta y científica puede reemplazar los mitos sobre las enfermedades mentales como la relación de muerte y la psicosis, la violencia, la falta de vivienda, independencia y el mal pronóstico de la recuperación (47). Dentro de sus investigaciones referidas al estigma, se encuentra un antecedente con 152 participantes asignados al azar a un programa de capacitación en educación a la salud mental; completaron un cuestionario sobre atribuciones hacia seis grupos poblacionales: depresión, psicosis, adicción a la cocaína, retraso mental, cáncer y SIDA antes y después del programa. Los resultados mostraron que la educación a la salud mental no generaba ningún efecto sobre las atribuciones sobre enfermedades físicas, pero si llegaba a mejorar las atribuciones en los cuatro grupos psiquiátricos (18).

Estos postulados se complementan con un reporte del Servicio de Salud Nacional de Salud Mental Inglés mostró que dentro del servicio hospitalario, las personas que han recibido capacitación en salud mental calificaron una mayor orientación de recuperación que los clínicos o los usuarios del servicio que no tienen mayor conocimiento acerca de la salud mental (69). Otra investigación, que contó con la participación de 186 médicos, 161 enfermeras, 192 farmacéuticos y 331 participantes del público en general, mostró que especialmente entre los profesionales de la salud, los que trabajaban en departamentos psiquiátricos tenían actitudes más favorables, sugiriendo que el estigma de los profesionales de la salud hacia los enfermos mentales es más pequeña y relativamente favorable que a la del público en general (70). Otra investigación realizada a 1525 participantes mostró que los psicólogos y los terapeutas sociales tuvieron las actitudes hacia la enfermedad mental más positivas que los auxiliares de enfermería que no han recibido capacitación en psiquiatría (71). De manera adicional, se reporta que los estudiantes con buen conocimiento de la depresión indican un estigma percibido menos severo en comparación con aquellos sin ese conocimiento (OR= 0,31) (72).

#### 4.4.1.2. Nivel meso

Las características situadas en el medio de la **Figura 1**, muestran las normas de la comunidad que se generan en el contexto social inmediato donde se pueden generar o contrarrestar los estereotipos populares, y las redes sociales basadas en la comunidad funcionan como un mecanismo para magnificarlos o diluirlos

(37). Las investigaciones han proporcionado evidencia más directa de representaciones mediáticas negativas.

#### *Antecedentes de familiar con enfermedad mental*

El estigma puede variar por la cercanía percibida. La cercanía psicológica en las relaciones puede definirse como el grado en que uno incluye al otro dentro de su vida y desarrollo; así entonces, considerando a una persona estigmatizada por ser diagnosticada con alguna enfermedad mental, la cercanía permite ver cualidades distintas al estigma, por lo que cuanto más estrecha es la relación, menos se percibe el estigma y viceversa (73). Las actitudes estigmatizantes de la familia pueden ser perjudiciales cuando se trata de entender la psicopatología de un paciente con alguna enfermedad mental, dada su relevancia como actor clave. El estigma puede presentarse como una barrera para el reconocimiento del problema, la comprensión de que los síntomas o comportamientos observados son problemáticos, la decisión de buscar ayuda reconociendo los beneficios del tratamiento; y la selección de tratamiento (74).

Investigaciones referidas al tema reportan que tanto los profesionales de la salud como las personas sin ningún tipo de formación académica en salud tenían actitudes más favorables hacia los enfermos mentales cuando tenían un familiar diagnosticado con alguna enfermedad mental comparando con las personas que no lo tenían (75). Así mismo, se estudió a 600 médicos registrados para ejercer la carrera en Canadá, los resultados muestran que la mayoría de los encuestados

poseen la percepción de que la incidencia de enfermedades mentales era aproximadamente otras enfermedades en la población general, esta estimación se asoció significativamente con el historial familiar de enfermedad mental ( $\chi^2$   $p = 0.008$ ), mientras que los encuestados sin antecedentes familiares de enfermedad mental tenían más probabilidades de estimar incorrectamente la incidencia de la enfermedad mental (76). Además, se reporta una investigación donde se estudió a 527 familiares de personas con enfermedad mental, los resultados mostraron que los familiares inmediatos mostraron menores niveles de estigma que los miembros de la familia extendida; de la misma manera, la angustia psicológica por la creencia de la herencia de la enfermedad mental se asoció con mayores percepciones de estigma público (77).

#### *Tiempo y rol de trabajo en el primer nivel de atención*

Las investigaciones sugieren que algunas decisiones del proveedor de salud en el primer nivel de atención pueden empeorar los resultados de salud de los pacientes que tienen enfermedades mentales. En comparación con los pacientes no identificados con enfermedades mentales, las investigaciones han demostrado que los proveedores de salud tienen menos probabilidades de derivar a los pacientes con enfermedades mentales para una mamografía u hospitalización después de una crisis diabética o cardíacas (78).

Los análisis de la trayectoria mostraron que en los proveedores con menos tiempo trabajado en la atención primaria, las características estigmatizantes hacia

el paciente estaban relacionadas con más probabilidades de creer que no se adheriría al tratamiento y, por lo tanto, consideraban que era menos probable que se derivaran a un especialista o que rellenaran su receta (79). Otra investigación muestra que el mayor puntaje de distancia social y estigma en profesionales se observó cuando estos tienen menos de 5 años de práctica profesional, proponiendo que la distancia social y el estigma hacia las personas con enfermedades mentales disminuyen a lo largo de los años (80). Así mismo, se encontró que las enfermeras con más tiempo trabajando en el primer nivel de atención tenían actitudes más positivas hacia las personas que tienen abuso de sustancias ( $r = 0.43$ ,  $p < 0.01$ ), esquizofrenia ( $r = 0.48$ ,  $p < 0.01$ ), y depresión ( $r = 0.45$ ,  $p < 0.01$ ), además se encontraron correlaciones positivas entre la empatía y las actitudes hacia las personas que asisten al servicio de salud mental por abuso de sustancias ( $r = 0.56$ ,  $p < 0.01$ ), esquizofrenia ( $r = 0.61$ ,  $p < 0.01$ ), y depresión mayor ( $r = 0.61$ ,  $p < 0.01$ ) (36). Con respecto al rol asistencial dentro del establecimiento de salud, se destaca que en los profesionales clínicos se encontraron los puntajes totales más bajos estigma ( $p < 0.05$ ), menos actitudes negativas ( $p < 0.001$ ) y mayor promoción de la salud ( $p < 0.05$ ) que participantes no clínicos (81). Otra investigación muestra que el nivel de contacto profesional con personas con enfermedades mentales se correlaciona con actitudes positivas hacia la salud mental, no encontrándose esta asociación en profesiones que no conllevan contacto asistencial con pacientes (67).

#### 4.4.1.3. Nivel Macro

Las fuerzas culturales e históricas dan forma a las normas, por lo que el contexto nacional proporciona una ideología general al categorizar a los grupos estigmatizados y proporcionar pistas sobre las respuestas apropiadas hacia ellos. El contexto más amplio incorpora expectativas normativas a través del desarrollo económico, la organización social y los sistemas culturales, ya que cada uno refleja el acceso al poder social. El contexto establece el escenario para los recursos disponibles, la aceptabilidad de actuar sobre los sesgos culturales y, al final, la probabilidad de recuperación(37).

En el Perú, el Ministerio de Salud tradicionalmente, solo asignaba el 0.27% de su presupuesto total de salud a la salud mental, de los cuales el 98% fue directamente a los hospitales psiquiátricos. Dado que la mayoría del presupuesto de salud mental estaba concentrado en instalaciones especializadas, casi todos los servicios de atención de la salud mental estaban disponibles solo en el nivel de atención terciaria. Estas deficiencias no solo se observaron en términos de asignación presupuestaria, sino también en la disponibilidad y distribución de recursos humanos para la salud mental en Perú que tiene una población de casi 30 millones de personas, habiendo solo 1.71 psicólogos y 0.57 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, el 32 85% de estos laboran en Lima y la mitad de ellos trabaja en el sector privado o en hospitales psiquiátricos. Este modelo especializado de atención de salud mental de nivel terciario implica una escasez significativa en otros niveles de atención de salud, lo que reduce la Accesibilidad para los pacientes para diagnóstico y tratamiento (42).

Sin embargo, desde 2004, la salud mental ha ganado importancia en las políticas y regulaciones, lo que ha dado como resultado la promoción de una reforma de salud mental dentro del sistema nacional de salud. Estos esfuerzos se cristalizaron en 2012 con la aprobación de la Ley 29889, que introdujo varios cambios en la prestación de atención de salud mental, incluida la reestructuración de la prestación de servicios de salud mental en los niveles de atención primaria y secundaria y la introducción de servicios de apoyo para ayudar a la recuperación del paciente y la reintegración en la sociedad. Además, se aprobó un presupuesto basado en el desempeño para garantizar la implementación de estos cambios. Algunos de los principales desafíos que enfrenta esta reforma están relacionados con la diversidad de los entornos de implementación, por ejemplo, las áreas rurales aisladas y las limitaciones de los institutos especializados de salud mental existentes para poder ser capaces de brindar capacitación y apoyo clínico a todas las regiones del Perú (82,83).

#### 4.4.2. Teorías psicológicas y visión integrativa sobre la discriminación aplicado al estigma.

La psicología ha desarrollado una variedad de explicaciones sobre los prejuicios y discriminación que se pueden agruparse en teorías de la personalidad, modelos cognitivos sociales, teorías intergrupales y abordajes críticos o de nuevas olas de teorías psicológicas.

#### *Teorías de la personalidad*

Los relatos psicodinámicos ubican las causas del prejuicio en los conflictos inconscientes intrapsíquicos de la persona (84). El más influyente de estos fue la teoría de La Personalidad Autoritaria, que argumenta que las relaciones padre-hijo que se caracterizaban por la disciplina paterna severa y punitiva producían niños con una personalidad autoritaria(85). Esta personalidad se caracteriza por: una rígida adherencia a los valores sociales convencionales; una sumisión incondicional a los superiores de uno; y un rechazo hostil de aquellos que violan los valores y las costumbres sociales convencionales. Existe una investigación que comparó esta teoría con los rasgos de personalidad de los Cinco Grandes, encontrando que se correlaciona positivamente con la conciencia ( $r = 0.15$ ) y se relaciona negativamente con la apertura a la experiencia ( $r = -0.36$ ). De esta manera, las personas con poca apertura a la experiencia tienden a preferir reglas morales claras y no ambiguas y es probable que apoyen el orden social existente en la medida en que proporciona una guía clara sobre las normas sociales para el comportamiento y cómo debería ser el mundo, las personas con poca apertura a la experiencia también son más sensibles a las amenazas reales o simbólicas del orden social y, por lo tanto, tienden a ver a los grupos externos que se desvían de las normas y valores sociales tradicionales como una amenaza a las normas y valores de la agrupación, mientras que la conciencia está asociada con una preferencia por orden, estructura y seguridad, por lo que esto podría explicar la conexión con la teoría del Autoritarismo(86,87).

Los modelos cognitivos sociales han sido los relatos más dominantes e influyentes para entender la discriminación. Estos tienen sus orígenes el trabajo de Gordon Allport que define el prejuicio como "una antipatía basada en una generalización defectuosa e inflexible" sobre un grupo social y sus miembros, enfatiza el papel que desempeñan la categorización social y los estereotipos como procesos perceptivo-cognitivos que subyacen en la discriminación (88).

Se considera que la categorización de las personas en sus respectivas características grupales como la raza, el género o la edad y se debe principalmente a la capacidad por la necesidad de simplificar la abrumadora cantidad de información de estímulo que se recibe y se necesita procesar de manera rápida y eficiente. Esta percepción basada en grupos o categorías se ve como una realidad distorsionadora porque las personas no son vistas como individuos por derecho propio, sino como miembros prototípicos del grupo (89).

Los enfoques intergrupales de la discriminación en la psicología social, como la teoría realista del conflicto grupal y la teoría de la identidad social, enfatizan el papel que desempeñan las relaciones de poder y dominio entre los diferentes grupos sociales para determinar los patrones de hostilidad intergrupal. Se considera que la hostilidad entre grupos surge de la competencia entre ellos por los recursos económicos, sociales y culturales. Los diferentes patrones de discriminación y prejuicio intergrupal en diferentes condiciones sociales y políticas se generan al enfatizar el significado psicológico de percibirse a sí mismo como un miembro del grupo (categorización social) y la motivación para

diferenciar el grupo dentro de un grupo de manera positiva a través de la comparación social (90).

Las nuevas olas de investigación en psicología han examinado la discriminación y prejuicios como prácticas discursivas interactivas y compartidas que justifican y legitiman las relaciones de poder, dominio y explotación tanto en el discurso formal, como en la retórica política, y en las conversaciones informales cotidianas. Los estudios discursivos ubican estas prácticas discursivas compartidas o "formas de hablar" como productos de una sociedad inequitativa más que como productos psicológicos o cognitivos individuales. La investigación discursiva crítica también ha demostrado las diversas formas en que la categoría de discriminación está tan presente en la vida cotidiana que limita la capacidad de gestionar la responsabilidad moral y la identidad de un individuo o grupo (91).

Sin embargo, el ejercicio profesional subyugado a conductas discriminatorias por el estigma hacia la salud mental puede ser entendido desde una perspectiva psicosocial. Duckitt (92) sostiene que estas múltiples perspectivas psicológicas y sociales no son necesariamente paradigmas en competencia, sino que deben considerarse como enfoques válidos y potencialmente compatibles con diferentes aspectos de este fenómeno social. Propone un marco integrador que identifica cuatro procesos causales primarios de prejuicio: procesos psicológicos internos, dinámicas sociales e intergrupales, transmisión social y las diferencias individuales. Argumenta que cada uno de estos procesos causales proporciona

una contribución parcial pero esencial a la explicación del prejuicio. En este sentido los procesos psicológicos crean una propensión humana al prejuicio, luego las dinámicas sociales e intergrupales elaboran esta propensión en patrones de interacción socialmente compartidos, estos patrones se transmiten socialmente a través de grupos sociales y finalmente las diferencias individuales en la susceptibilidad al prejuicio modifican estas normas sociales(92).

#### 4.5.Hipótesis

##### *Hipótesis general*

Si existe relación significativa entre la percepción de recuperación de enfermedad mental y la actitud de estigma; controlando por distancia social, antecedentes de experiencias familiares de enfermedad mental, formación académica en salud mental, rol y tiempo trabajando en establecimientos de salud de los trabajadores de centros de salud del primer nivel de atención de Lima.

##### *Hipótesis específicas*

- Si existe relación bivariada significativa entre la percepción de recuperación de enfermedad mental con la actitud de estigma, distancia social, antecedentes de experiencias familiares de enfermedad mental, formación académica en salud mental, rol y tiempo trabajando en establecimientos de salud.

## **5. Metodología**

### **5.1. Diseño del estudio**

Es un estudio de análisis secundario del proyecto “Previniendo el estigma y promoviendo la recuperación”(93) que se trató de un ensayo aleatorizado y tuvo como objetivo evaluar una intervención para reducir el estigma en salud mental en donde participaron trabajadores de centros de salud de Lima Sur.

De este, se desprende el trabajo de tesis que sigue un diseño transversal y busca evaluar la relación entre la percepción de recuperación de enfermedad mental y la actitud de estigma, controlando por variables confusoras en los trabajadores que estuvieron en la línea base del estudio primario.

### **5.2. Población**

La población del estudio primario estuvo conformada por trabajadores de establecimientos de salud del primer nivel de atención I-3 e I-4 de las Redes de San Juan de Miraflores y Villa María el Triunfo, y de Villa El Salvador, Lurín, Pachacamac y Pucusana de la Dirección de Salud II Lima Sur. Todos los establecimientos ofrecen servicios asistenciales que incluye la atención de profesionales como médicos, psicólogos, trabajadores sociales, obstetras, enfermeras, nutricionistas, entre otros profesionales de la salud; sin embargo, la diferencia entre I-3 e I-4 está en que este último incluye visitas domiciliarias a la

comunidad y camas obstetras (93). La pertinencia de trabajo en el Cono Sur de Lima es porque posee la mayor prevalencia de vida de trastornos mentales en general de la población adulta de todo Lima Metropolitana y Callao en el 2012 (42).

Para el estudio de tesis, la población estará compuesta por todos los participantes que ingresaron al estudio primario en su línea base. Entre ellos se encuentran profesionales de salud como médicos, psicólogos, enfermeros, dentistas, entre otros; así como también, no profesionales como el personal técnico de los servicios asistenciales y administrativos.

#### **5.2.1. Criterios de selección para el estudio**

El estudio primario consideró como criterio de inclusión: Ser trabajador con más de dos meses de actividad laboral en un establecimiento de salud de una de las Redes San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, o de Villa El Salvador, Lurin, Pachacamac y Pucusana de la Dirección de Salud II, Lima Sur. Y como criterio de exclusión considero a personas menores de 18 años y con condiciones de salud y salud mental que no les permita participar, tales como encontrarse en crisis y estar medicado con dosis que le impidan pensar, expresarse, y tomar una decisión racional y autónoma de ser parte de la investigación(93).

El presente estudio utilizó a todos los trabajadores que participaron en la línea de base del estudio primario. Así mismo, se usó como criterio de exclusión que el participante haya reportado menos del 30% de los ítems.

### **5.2.2. Muestra**

En el estudio primario, se realizó un muestreo estratificado basado en el nivel I-3 e I-4 usando la base de datos de las Redes de San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, y de Villa El Salvador, Lurín, Pachacamac y Pucusana de la Dirección de Salud II Lima Sur. Dentro de cada estrato se seleccionó al azar 6 centros donde sus trabajadores fueron evaluados de manera consecutiva hasta llegar número mínimo esperado en el cálculo de tamaño de muestra que fue de 337 participantes, sin embargo, como el número de trabajadores es variable y que fue probable que no todos participen en todas las evaluaciones se le pidió al comité de ética aumentar el número de tamaño de muestra. La unidad de muestreo fueron los trabajadores de los establecimientos de salud (93).

### **5.2.3. Cálculo de poder**

Para el estudio de tesis, al tratarse de un análisis secundario de datos previamente recolectados, se consideró pertinente realizar el cálculo de la potencia estadística para evaluar la hipótesis de investigación usando el programa Epidat, tomando en cuenta que se usará un modelo de regresión para evaluar la relación entre la percepción de recuperación de enfermedad mental y actitud de estigma, controlando por variables confusoras. Para el cálculo de

poder del análisis bivariado, se realizó un Análisis de Potencia para Variables Categóricas Ordenadas (94) analizando diferentes escenarios con la fórmula correspondiente, a la cual se ingresó el número de sujetos en el grupo de control, el número de sujetos en la variable de exposición, el log odds ratio estimado, el Alfa, y el dato externo sobre la probabilidad de la primera (mejor) categoría del grupo de control y la probabilidad de la primera (mejor) categoría del grupo experimental.

**Figura N 2: Fórmula de la prueba para dos variables categóricas ordenadas**

$$\theta_i = \log \left\{ \frac{\frac{Q_{iE}}{1 - Q_{iE}}}{\frac{Q_{iC}}{1 - Q_{iC}}} \right\} \quad i = 1, \dots, K - 1.$$

El resultado de este análisis es que en todos los escenarios, el poder es cercano a 100% (ver anexo 5). Para el modelo multivariado (ajustado por confusores), no se ha encontrado una fórmula que permita estimar el poder de forma similar o superior a lo mostrado para el análisis bivariado, por tal motivo sólo se usó la recomendación de Hosmer, Lemeshow y Sturdivant (95) que sugieren un mínimo de 10 observaciones por cada variable independiente. Dichas recomendaciones se cumplen holgadamente, considerando que se tiene 9 variables independientes y 515 observaciones.

### 5.3.Lista de variables

### 5.3.1. **Variable desenlace (dependiente) y co-variable principal (independiente)**

*Variable dependiente (outcome):* La actitud relacionada al estigma es operacionalizada por el puntaje final de la escala Opennig Minds aplicada al participante; este instrumento fue desarrollado por la Mental Health Commission of Canada a través de su iniciativa Opening Minds que realiza intervenciones para reducir los niveles de actitudes de estigma en los trabajadores de salud (96). Se trata de una variable cuantitativa de tipo discreta con escala de intervalo y el formato de la variable es la suma de sus 20 ítems cuyo resultado final tiene un intervalo de 20 a 120 puntos. Para la presentación de resultados se crearon baremos usando el puntaje Z con intervalos de una desviación estándar. De esta manera, se formaron las categorías bajo ( $\leq -2$  desviación estándar), moderado (-1 a 1 desviación estándar) y alto ( $\geq 2$  desviación estándar) dependiendo de la cantidad de puntaje obtenido considerando que a mayor puntaje, el participante tiene mayor actitud de estigma y menor puntaje representa menor actitud al estigma (97,98).

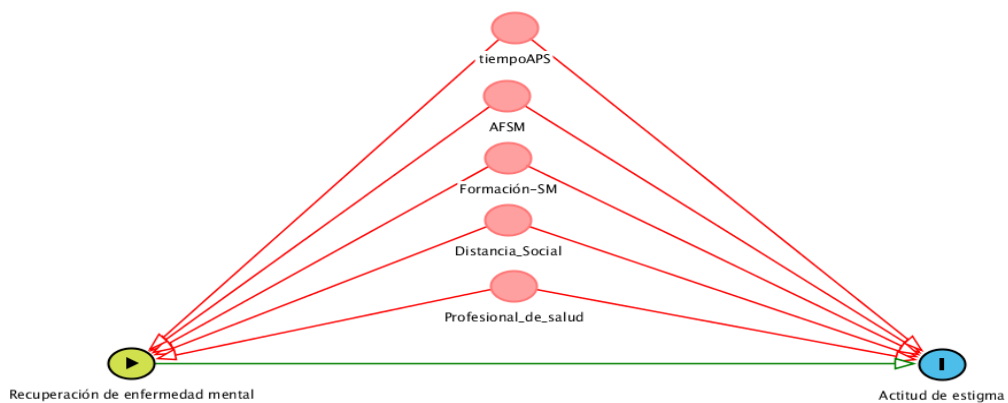
*Variable independiente (exposición):* Percepción de recuperación de enfermedad es operacionalizada por el puntaje final de la escala Life Goals de la batería de pruebas llamada Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices aplicada al participante (21). Se trata de una variable cuantitativa de tipo discreta con escala de intervalo y la forma de calcular tal resultado es por la suma de sus 13 ítems. El formato final de la variable tiene un intervalo de

13 a 117. De igual manera, para la presentación de resultados se crearon baremos usando los puntajes Z con intervalos de una desviación estándar. De esta manera, se formaron las categorías bajo ( $\leq -2$  desviación estándar), moderado (-1 a 1 desviación estándar) y alto ( $\geq 2$  desviación estándar) dependiendo de la cantidad de puntaje obtenido considerando que a mayor puntaje, el participante tiene menor percepción de recuperación de enfermedad; y su contraparte significa que a menor puntaje representa mayor percepción de recuperación de enfermedad (21).

### 5.3.2. Otras co-variables relevantes

Las co-variables importantes están expresadas en un Diagrama Acíclico Dirigido (ver Figura 3) en donde se aprecia algunas que son medidas por el presente estudio.

**Figura N 3: Diagrama Acíclico Dirigido**



*AFSM: Antecedente de familiar con enfermedad mental; Formación-SM: Formación en salud mental del trabajador de salud; tiempoAPS: Tiempo trabajando en atención primaria*  
*\*Círculo amarillo con triángulo: Variable de exposición; Círculo azul con línea vertical: Variable desenlace; Círculo rojo: Variables relacionadas a la exposición y al desenlace.*

Distancia social: Es definida como el nivel de aceptación que las personas tienen acerca de personas cuyas características están fuera de su norma social (62), fue operacionalizada por el puntaje final de la escala de Distancia Social del Bogardus, versión modificada para las enfermedades mentales realizada por el participante, la prueba tiene puntajes que van de 6 a 24 puntos. La presentación de resultados se creó baremos usando la distribución Z con intervalos de una desviación estándar. De esta manera, se formarán las categorías bajo, moderado y alto dependiendo de la cantidad de puntaje, considerando que menores puntajes refieren a contactos cercanos y empáticos hacia las personas con trastornos mentales, puntajes más altos indican tratos hostiles y de rechazo hacia estos pacientes; esta se trata de una variable confusora (99–101).

Antecedente familiar de tener alguna enfermedad mental: se trata de un miembro cercano de la familia del participante que haya recibido atención sobre alguna enfermedad mental. Es operacionalizado por el reporte del trabajador en el índice de Antecedentes. El ítem es el que plantea la pregunta: *¿Tiene usted un miembro cercano de su familia, como esposo/esposa, un padre/madre, un hijo/hija, un hermano/hermana, que haya recibido alguna vez tratamiento por un problema de salud mental o problema de adicción?* Es una variable categórica nominal y cumple la función de confusor (27,30).

Área de trabajo en el EESS: Se operacionalizó por el reporte del participante en la ficha socio-demográfica. El ítem a usar es el que plantea la pregunta:

*¿En qué área de la atención primaria de salud trabaja en su centro de salud?*

Es una variable categórica y cumple la función de confusor (31).

Tiempo trabajando en el EESS: Es la cantidad de años trabajando en atención primaria. Fue operacionalizado por el reporte del participante en la ficha socio-demográfica. El ítem a usar es el que plantea la pregunta: ¿Ha tenido usted formación adicional en salud mental, a la que recibió en su formación profesional. Es una variable categórica dado que los datos fueron recolectados en intervalos de tiempo y cumple una función de confusor (36).

Capacitación en salud mental: Trabajadores con formación adicional en salud mental, a la que recibió en su formación. Se operacionalizó por el reporte del participante en la ficha socio -demográfica. El ítem a usar es el que plantea la pregunta: ¿Ha tenido usted formación adicional en salud mental, a la que recibió en su formación profesional? Es una variable categórica y confusora (32–35).

Las variables sexo, edad, lugar de procedencia, en atención primaria ingresarán al modelo por considéralas como variables confusoras en estudios psicosociales.

#### **5.4.Instrumentos**

En el estudio primario, se aplicaron escalas dirigidas a trabajadores de salud de manera grupal los cuales fueron respondidos de manera auto-administrada

y en papel. El tiempo aproximado de aplicación de la totalidad de las escalas es de 45 minutos.

El primero de ellos, Opening Minds, ha sido desarrollado por la Comisión de Salud Mental de Canadá. Esta escala evalúa las actitudes e intenciones de conducta hacia las personas con enfermedades mentales (97,98). Esta escala fue utilizada dentro del estudio primario que tuvo dentro de sus actividades estudiar las propiedades métricas de instrumento mencionado en el Perú, los cuales consistieron en corroborar la validez mediante el análisis factorial exploratorio y confirmatorio concluyendo como muy buena en la validez de constructo, así mismo, se corroboró la confiabilidad mediante el análisis de consistencia interna por el alpha de Crombach resultando un nivel de consistencia moderado (0.68) (93)

La siguiente escala fue la Evaluación de Recuperación de Enfermedad Mental que mide la creencia sobre el desarrollo satisfactorio y la búsqueda de objetivos de vida de las personas que tienen algún trastorno de salud mental. Es una variable unidimensional y es medido por el instrumento Life Goals de la batería de pruebas llamada Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices. El presente instrumento consta de 13 ítems con formato de escala Likert que van desde muy de acuerdo hasta muy en desacuerdo pasando por 9 alternativas de intermedio (21). Así como la variable dependiente, el estudio primario realizó un análisis de validez y confiabilidad para corroborar las propiedades métricas en el Perú, concluyendo que tiene adecuada validez de

constructo medido por análisis factorial exploratorio y confirmatorio, y consistencia interna alta (0.76) hallada por el análisis de alpha de Crombach (93).

El tercer instrumento fue la escala de Distancia Social del Bogardus, versión modificada para las enfermedades mentales. Está destinada a medir actitudes y relaciones sociales hacia la enfermedad mental que pueden ir desde un contacto cercano, cálido e íntimo, hasta la antipatía, hostilidad y rechazo. Utiliza 6 ítems con formato de escala Likert con alternativas de: definitivamente no, probablemente no, probablemente sí y definitivamente sí (102).

Después, se aplicó un índice sobre antecedentes personales o cercanos de enfermedades de salud mental. Se desarrolló 3 preguntas que indagan acerca si el participante, un familiar o un amigo cercano han recibido tratamiento por problemas de salud mental.

Por último, se aplicó una ficha socio-demográfica. Constó de 24 ítems destinados para recolectar información como sexo, edad, estado civil, pertenece algún grupo indígena, años de educación, profesión, ocupación, tipo de trabajo que realiza, tiempo de trabajo en el establecimiento de salud, tiempo de trabajo en establecimientos de atención primaria, capacitación en salud mental, años de experiencia clínica y características de los pacientes o

clientes que atiende como sexo, edad, porcentaje con problemas de salud mental o de consumo de drogas.

Cabe recalcar que los instrumentos usados se encontraron en inglés, por lo que fueron traducidos al español y luego al inglés, para comparar y ajustar la versión del español al inglés en cuanto significado. Asimismo, se realizó la validación cultural de los instrumentos a través de su aplicación a un grupo de profesionales de la salud y no profesionales que trabajan en establecimientos de salud que no participaron en el grupo de intervención o de control, a quienes se les pidió que respondan a las escalas para luego preguntarles qué entendieron en cada pregunta. Además, se evaluó si las instrucciones y alternativas de respuesta eran claras y medían lo que tenían la intención de medir (93).

Finalmente, en el estudio primario(93), se realizó una evaluación de las propiedades métricas de los instrumentos con respecto a confiabilidad y validez. Usando el  $\alpha$  de Crombach, se concluyó que la Escala de Evaluación de Recuperación de Enfermedad Mental y Distancia Social presentan un nivel de consistencia interna Alta (0.76 y 0.77 respectivamente); y la escala restante, es decir la Actitud de Estigma – Opening Minds tiene un nivel de consistencia interna moderada (0.68); así mismo, para todas las escalas, identificaron adecuada validez de constructo usando el análisis factorial exploratorio y confirmatorio.

### ***5.5. Plan de análisis***

Se realizó un análisis exploratorio de los datos recolectados en la línea base del estudio primario para identificar valores perdidos (2%) y valores extremos (no los hubo). Después, se buscó detallar las características de los trabajadores de centros de salud del primer nivel de atención de Lima Sur describiendo las frecuencias, porcentajes y líneas de tendencia central de las variables de interés del presente estudio (esto es visible en la Tabla 1).

Para el análisis bivariado, se tomó en cuenta que tanto la variable independiente (percepción de recuperación de enfermedad) como la variable dependiente (actitud de estigma) tienen tres puntos de corte, es decir son de tipo categóricas – ordinales; por tal motivo se decidió usar una  $X^2$  de independencia, cumpliéndose en el diseño los supuesto de observaciones independientes, previamente se evaluó el supuesto de tener valores esperados mayores de 5 observaciones en cada grupo para decidir si esta prueba estadística se ajusta a las propiedades de los datos de la muestra.

Para el análisis multivariado se realizó un proceso de modelado *theory driven* (103) dado que proporciona un esquema heurístico que permite seleccionar una evaluación basada en la literatura que se ajuste a la naturaleza de la investigación y las necesidades de las partes interesadas dentro de las limitaciones de los recursos y la puntualidad, garantizando así la validez interna y externa (ver DAG, Anexo3). Se evaluaron el supuesto de la regresión logística ordinal de regresión paralela (describe si la relación entre las variables independientes y cada categoría

posible de la variable dependiente es la misma) y proporcional (informa una prueba aproximada de razón de verosimilitud de si los coeficientes son iguales entre categorías) para el logro de los objetivos (104,105). Todos los procedimientos previamente planteados se realizarán con el programa estadístico Stata 14v y usando los análisis para muestras complejas con el comando `svy`; se contó con la licencia de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

### **5.6.Consideraciones éticas**

El estudio primario presentó su protocolo al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Centro de Adicciones y Salud Mental (CAMH) en Toronto, Canadá y al Comité de Investigación de la DISA II Lima Sur, recibiendo la aprobación entre los meses de febrero y marzo del 2015. A partir de entonces, atendieron los principios éticos del respeto y beneficencia. Antes de iniciar su participación, cada uno de los interlocutores fueron informados sobre los objetivos y procedimientos del estudio, sobre su derecho a rehusarse a participar y, aun cuando hubiera aceptado, a no responder algunas preguntas o a retirarse del estudio en cualquier momento, sobre el carácter confidencial de sus respuestas. Luego de darle la información, se invitó a cada participante a firmar el formato de consentimiento donde se aseguraba la confidencialidad de las respuestas suministrada. Al finalizar el proyecto se les entregó un informe individual sobre los resultados de su participación en el proyecto de manera individual y se entregó constancias de capacitación firmadas por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, el Centro de Adicciones y Salud Mental de Canadá y la dirección de la DISA II Lima Sur (93).

El presente es un análisis secundario de datos, por lo que no se tuvo contacto alguno con sujetos humanos. En tal sentido, los posibles riesgos para los sujetos del análisis fueron mínimos. Las acciones para respetar las consideraciones éticas de parte del estudio primario favorecieron esta premisa dado que restringió el acceso a la información personal usando códigos que protejan el anonimato de los nombres de los centros de salud y de los participantes; en este sentido, el trabajo de tesis solo se limitó a analizar los datos sin identificación. Este protocolo se registró en el Sistema Descentralizado de Información y Seguimiento a la Investigación (SIDISI) - Dirección Universitaria de Investigación, Ciencia y Tecnología (DUICT), y fue evaluado por el Comité de Ética de la UPCH (CIE-UPCH) previamente a su ejecución. Durante la implementación del estudio se respetaron los principios éticos delineados en la Declaración de Helsinki, y se siguieron estrictamente las recomendaciones realizadas por el CIE-UPCH.

## 6. Resultados

**Tabla 1. Características de los trabajadores de centros de salud del primer nivel de atención de Lima (515)**

<b>Características</b>	<b>N (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Femenino	386 (75.39)
Masculino	127 (24.61)
<b>Edad</b>	45.32 (11.81)*
<b>Hijos</b>	
Si tiene	379 (74.75)
No tiene	128 (25.25)
<b>Lugar de procedencia</b>	
Lima	334 (66.40)
Resto de la costa	54 (10.74)
Sierra del Perú	93 (18.49)
Selva del Perú	17 (3.38)
Otro país	5 (0.99)
<b>Rol en el EESS</b>	
Asistencial	349 (67.57)
Administrativo	99 (19.45)
Mantenimiento, seguridad y otros	51 (11.99)
<b>Tiempo trabajando en atención primaria</b>	
> 10 años	154 (28.94)
de 5 a 10 años	102 (20.36)
< 5 años	245 (50.70)
<b>Tener alguna capacitación en salud mental</b>	
Si posee	290 (56.31)
No posee	225 (43.69)
<b>Familia con antecedente de enfermedad mental</b>	
Si tiene	21 (4.08)
No tiene	494 (95.92)
<b>Distancia social</b>	
Nivel bajo	214 (41.55)
Nivel moderado	143 (27.77)
Nivel alto	158 (30.68)
<b>Percepción de recuperación de enfermedad mental</b>	
Nivel bajo	170 (33.01)
Nivel moderado	172 (33.40)
Nivel alto	173 (33.59)
<b>Actitud de estigma</b>	
Nivel bajo	179 (34.76)
Nivel moderado	170 (33.01)
Nivel alto	166 (32.23)

† Algunos valores pueden no sumar 100% debido a datos perdidos

\*Estimación del promedio y desviación estándar

En la **Tabla N 1** se muestran las características de los trabajadores de salud del primer nivel de atención de Lima Sur. En primer lugar, resaltan las características sociodemográficas en donde destaca que los trabajadores de salud son, en su mayoría, mujeres (75.39%; IC 95%: 71.46%-78.94%), tienen hijos (74.75%, IC 95%:70.77%-78.36%), tienen como lugar de procedencia Lima Metropolitana (66.40%; IC 95%: 62.14%- 70.40%) y tienen como promedio de edad 45 años.

Además, se puede apreciar las características laborales y profesionales de los participantes, donde el 68.57% (IC 95%: 64.39% -72.47%) cumple una función asistencial en los establecimientos de salud, la mayoría tiene menos de 5 años trabajando en el primer nivel de atención (50.70%: IC 95%: 46.31 -55.07%) y más de la mitad de trabajadores nunca han tenido alguna capacitación en salud mental (56.31%: IC 95%: 51.98% - 60.55%).

Finalmente, sobre los aspectos psicosociales, solo el 4.08% (IC 95%: 2.67– 6.18%) reportan tener algún familiar con alguna enfermedad mental. Así mismo, los puntajes de distancia social bajos son los que resaltan en los trabajadores (41.55%; IC 95%:37.36%-45.88%), mientras que las probabilidades de tener puntajes bajos, moderados y altos se mantienen similares en la percepción de recuperación de enfermedad mental (33.01%, 33.40% y 33.59 respectivamente) y en la actitud de estigma (34.76%; IC 95%: 33.01% y 32.23%) respectivamente.

**Tabla 2. Factores asociados a la Actitud de estigma en análisis bivariado**

Variables	Actitud de estigma			P
	Nivel bajo (n=179)	Nivel moderado (n=170)	Nivel alto (n=166)	
	n(%)	n(%)	n(%)	
<b>Sexo</b>				
Femenino	143 (79.93)	123 (72.78)	120 (73.17)	<b>0.222</b>
Masculino	36 (20.11)	46 (27.22)	44 (26.83)	
<b>Edad</b>	46.98 (11.29)*	44.92 (11.32)*	47.23 (12.67)*	<b>0.554</b>
<b>Hijos</b>				
Si tiene hijos	123 (69.10)	126 (75.45)	130 (80.25)	<b>0.059</b>
No tiene hijos	55 (30.90)	41 (24.55)	32 (19.75)	
<b>Lugar de procedencia</b>				
Lima	115 (64.25)	101 (61.59)	118 (73.75)	<b>0.297</b>
Resto de la costa	22 (12.29)	21 (12.80)	11 (6.88)	
Sierra del Perú	36 (20.11)	33 (20.12)	24 (15.00)	
Selva del Perú	4 (2.23)	8 (4.88)	5 (3.13)	
Otro país	2 (1.12)	1 (0.61)	2 (1.25)	
<b>Rol en EESS</b>				
Asistencial	129 (72.88)	116 (69.05)	104 (63.41)	<b>0.168</b>
Administrativo	27 (15.25)	30 (17.86)	42 (25.61)	
Mantenimiento, seguridad y otros	21 (11.86)	22 (13.10)	18 (10.98)	
<b>Tiempo trabajando en atención primaria</b>				
>= 11 años	81 (35.06)	87 (28.31)	86 (22.98)	<b>0.169</b>
De 5 a 10 años	32 (18.39)	32 (19.28)	38 (23.60)	
<=4 años	61 (46.55)	47 (52.41)	37 (53.42)	
<b>Familia con antecedente de enfermedad mental</b>				
Si tiene	5 (2.79)	9 (5.29)	7 (4.22)	<b>0.495</b>
No tiene	174 (97.21)	161 (94.71)	159 (95.78)	
<b>Tener alguna capacitación en salud mental</b>				
Si posee	146 (81.56)	82 (48.24)	62 (37.35)	<b>&lt;0.001</b>
No posee	33 (18.44)	88 (51.76)	104 (62.65)	
<b>Distancia social</b>				
Bajo	107 (59.78)	75 (44.12)	32 (19.28)	<b>&lt;0.001</b>
Moderado	53 (29.61)	54 (31.76)	36 (21.69)	
Alto	19 (10.61)	41 (24.12)	98 (59.04)	
<b>Percepción de recuperación de enfermedad mental</b>				
Bajo	22 (12.29)	62 (36.47)	86 (51.81)	<b>&lt;0.001</b>
Moderado	67 (37.43)	57 (33.53)	48 (28.92)	
Alto	90 (50.28)	51 (30.00)	32 (19.28)	

\*Estimación del promedio y desviación estándar.

La **Tabla N 2**, muestra el análisis bi-variado entre los puntajes de actitud de estigma y sus factores asociados. En ella se destaca las relaciones significativas entre tener alguna capacitación en salud mental, los puntajes de distancia social y los puntajes de percepción de recuperación de enfermedad mental.

De esta manera, dentro de las proporciones que difieren, resalta las distancias entre el grupo personas con bajo puntaje de actitud de estigma y bajo puntaje de percepción de recuperación de enfermedad mental (12.29%) comparado con el grupo de personas con alto puntaje de estigma y alto puntaje de percepción de recuperación de enfermedad mental (50.28%). Estos patrones se repiten en las diferencias mostradas entre el grupo con bajo puntaje de actitud de estigma y alto nivel de percepción de recuperación de enfermedad mental (19.28%) comparado con la proporción de personas que tienen alto nivel de estigma y bajo nivel de percepción de recuperación de enfermedad mental (51.81%). Por otro lado, las proporciones de personas que coinciden en puntajes bajos, moderados y altos en las escalas de actitud de estigma y percepción de recuperación de enfermedad mental son similares (36.47%, 33.53% y 30.00%, respectivamente).

Así mismo, a pesar de que las variables sociodemográficas no resultaron tener significancia en la relación, se destaca que, en el grupo con bajo puntaje de actitud de estigma, la mayoría (79.93%) son mujeres y el rol que cumplen en los EESS que destaca es el asistencial (72.88%). También, el promedio de edad con puntaje alto estigma es mayor al resto de grupos; y es ahí, se encuentra la mayoría que reporta nacer en Lima Metropolitana (73.75%).

**Tabla 3. Cambio de probabilidades en los factores independientemente asociados a la actitud de estigma en análisis de regresión múltiple**

Variables	Modelo crudo Actitud de estigma			Modelo ajustado † Actitud de estigma		
	Bajo	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Alto
<b>Percepción de recuperación de enfermedad mental</b>						
<i>Nivel alto vs Nivel bajo</i>	0.35* (0.27- 0.43)	0.01 (-0.04-0.05)	-0.35* (-0.44- -0.27)	0.24* (0.15-0.32)*	-0.01 (-0.03- 0.01)	-0.22* (-0.30- -0.14)
<i>Nivel alto vs Nivel moderado</i>	0.14* (0.04- 0.23)	-0.04* (-0.08- - 0.01)	-0.09* (-0.16 - -0.02)	0.09* (0.00- 0.17)	-0.02 (-0.04- -0.00)*	-0.07* (-0.13- 0.00)

\*<0.05

-Los intervalos de confianza se muestran en los paréntesis

†Ajustado por variables en la tabla, distancia social, antecedentes familiares de enfermedad mental, ser profesional de salud, tiempo trabajando en atención primaria.

En la **Tabla 3** se muestran los cambios de probabilidades en los factores independientemente asociados a la actitud de estigma en el análisis de regresión logística ordinal. En primer lugar, se destaca la relación cruda entre el *outcome*, es decir la actitud de estigma y la exposición que es la percepción de recuperación de enfermedad mental:

La probabilidad de tener el nivel más bajo de estigma cuando el trabajador de salud tiene el nivel más alto puntaje en percepción de recuperación de enfermedad mental es 35% mayor (IC: 14% - 29%,  $p < 0.05$ ) comparado con los que tienen el nivel más bajo nivel de exposición y 14% (IC95%:4%-23%  $p < 0.05$ ) comparado con los que tienen nivel moderado de la exposición. Por su parte, la probabilidad de tener un puntaje moderado en actitud de estigma, difiere en 4% (IC95%: 1% - 8%) entre los trabajadores que tienen puntaje alto y bajo en la percepción de recuperación de enfermedad mental; mientras que estas mismas diferencias con respecto a los niveles altos y moderados no tienen significancia.

Estos cambios de probabilidades son similares interpretando desde la probabilidad de tener el puntaje más alto de actitud de estigma cuando los participantes tienen el nivel más alto en percepción de recuperación de enfermedad mental dado que se reduce en 35% (IC95%: 27%-44%) comparando con los que tienen el nivel más bajo nivel en la exposición y 9% (IC95%: 2%-16%) comparado con los que tienen nivel moderado.

Cabe resaltar, que estas relaciones varían en magnitud cuando se ajusta por edad, sexo, lugar de procedencia, rol en el EESS, tiempo trabajando en atención primaria, tener algún familiar con antecedente de enfermedad mental, tener alguna capacitación en salud mental y los puntajes distancia social, demostrando su papel de confusor en la relación principal. De esta manera, bajo estas condiciones, la probabilidad de tener el puntaje más bajo en actitud de estigma, difiere en 24% (IC95%: 15%-32%) entre los trabajadores que tienen puntaje alto y bajo en la percepción de recuperación de enfermedad mental y 9% (IC95%: 0%-17%) con respecto al puntaje moderado.

De la misma forma, se puede interpretar desde el otro lado extremo del outcome, concluyendo que la probabilidad de tener el puntaje más alto en actitud de estigma en los trabajadores con alto nivel de percepción de recuperación de enfermedad mental se reduce en 22% (IC95%: 14%-30%) comparado con los que tienen bajo nivel en la exposición y 7% (0%-13%) en los que tienen moderado nivel en la exposición. Por otro lado, las relaciones entre los niveles moderados del *outcome* y la *exposición* no tienen significancia en el modelo ajustado.

Finalmente, así como sucedió en la relación principal, los cambios de probabilidades entre niveles de estigma hacia la salud mental según las categorías de las variables *tener algún familiar con antecedente de enfermedad mental*, *tener alguna capacitación en salud mental* y *los puntajes distancia social* disminuye la magnitud después de ajustar con las variables previamente mencionadas.

## 7. Discusión

El objetivo de la presente tesis fue evaluar la relación entre la percepción de recuperación de enfermedad mental y la actitud de estigma; controlando por distancia social, antecedentes de experiencias familiares de enfermedad mental, formación académica en salud mental, rol y tiempo trabajando en establecimientos de salud de los trabajadores de centros de salud del primer nivel de atención de Lima; encontrando evidencias de su relación en la presentación de resultados. Así entonces, niveles más altos de actitud de estigma son más probables cuando el encuestado no tiene una percepción favorable y orientada a la recuperación del paciente con alguna enfermedad mental. De igual manera, los cambios en las probabilidades suceden en mayor magnitud en categorías situadas en orden jerárquico; es decir, puntuaciones altas en percepción de recuperación de enfermedad mental tienen mayores cambios de probabilidades que los puntajes moderados, y estos con puntajes bajos en la explicación de la expresión de menos actitudes estereotipantes y discriminatorias a los pacientes.

De la misma manera, después de ajustar por las variables confusoras, se mantuvo la significancia de la relación, pero se redujo la magnitud de los cambios de probabilidad en aproximadamente 10% en la mayoría de categorías de relación de interés, es decir los grupos conjuntos de las categorías de percepción de recuperación de enfermedad mental y actitud de estigma. En este sentido, se pudo comprobar el papel confusor de las variables, rol en el EESS, tiempo trabajando en atención primaria, tener algún familiar con antecedente de enfermedad mental, tener alguna capacitación en salud mental y distancia social.

Este hallazgo es coherente con posturas teóricas referidas a los servicios orientados a la recuperación (19,57,106,107) y con los antecedentes referidos al tema (26,27,29,34,81) que entienden que la percepción de un mal pronóstico de un diagnóstico en salud mental está asociado a mayores niveles de estigma. Así mismo, el presente estudio de tesis aumenta la evidencia sobre la aplicabilidad del teorema del *Marco de Integración de Influencias Normativas sobre el Estigma* (37).

Este modelo entiende el estigma desde un nivel micro o psicológico, nivel meso o red social; y factores macro o de toda la sociedad; es decir, postula que para comprender el estigma requiere un lenguaje de relaciones sociales y contextuales, sin embargo, reconoce que los individuos no llegan a la interacción social sin influencias psicológicas o individuales (37). En este sentido, la presente investigación da soporte al presente teorema que postula que las percepciones individuales referidas a recuperación de enfermedad mental (25,57,60,61), la educación (18,47,69–72) y la distancia social (1,28,33,62,63,65,66,108) correspondiente al factor micro, así como los factores meso o contexto social referidas a tener antecedentes familiares de enfermedad mental (73–77) y el tiempo y tipo de trabajo en la atención primaria de salud, estarían relacionadas al estigma (78–81,108). Por la naturaleza de la investigación, no se podría corroborar el factor macro o contextual; sin embargo, existe en la literatura investigaciones realizadas en Latinoamérica que identificaron el estigma entre los profesionales de la salud hacia las personas con demencia, encontrando

diferencias en los niveles de estigma entre dos ciudades, que atribuyen a diferentes realidades contextuales (109).

El presente estudio es uno de los primeros esfuerzos para identificar estas relaciones de estigma hacia la salud mental en proveedores de salud en el primer nivel de atención dado que, en su mayoría, la literatura se enfoca en servicios especializados de salud mental o el autoestigma (48). Si bien, se ha encontrado investigaciones realizadas en hospitales para veteranos de guerra que muestran que un mayor respaldo a la orientación de recuperación está asociado con menos actitudes de estigma como la socialización con personas diagnosticadas de enfermedad mental y la normalización de la vida de las personas con enfermedad mental (24,25); este estudio contribuye a comprender el estigma en el primer nivel de atención que, desde La Declaración de Alma-Ata, se propone que sean los servicios más cercanos a la población, destinado a resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes basada en métodos científicamente sólidos y socialmente aceptables, universalmente accesibles para individuos y familias con su plena participación a un costo que la comunidad y el país puedan pagar (38).

Así mismo, en trabajos cualitativos se puede encontrar puntos de comparación con los resultados de la presente investigación. Por ejemplo, la relación entre la percepción de recuperación de enfermedad mental y actitud de estigma se refleja en relatos obtenidos de la investigación realizada por Piat y Lal (110) realizado en trabajadores de salud canadiense donde reportan que algunos trabajadores consideran que la atención orientada a la recuperación implica cambios en la

relación de poder entre proveedores de servicios y consumidores, y algunos participantes identificaron el estigma y la exclusión social como desafíos que encuentran en sus esfuerzos por apoyar la recuperación.

Así mismo, los resultados cuantitativos de esta investigación, es complementada los resultados del trabajo cualitativo del diseño madre. Este fue una iniciativa de Bustamante y Sapag (93) que buscaron conocer las experiencias relacionadas al estigma hacia la salud mental en trabajadores de salud en Perú. En este aspecto, se puede observar que algunos proveedores de salud perciben a las personas con diagnóstico de enfermedad mental como incapaces para tomar decisiones conscientes con respecto a su vida. Además, reporta que el proceso de atención a este tipo de pacientes se da de manera preferencial pero no sólo responde a “motivaciones humanitarias” que buscan beneficiar a personas vulnerables o con discapacidad, sino que también busca evitar que los pacientes se exalten. De esta manera emerge una motivación más ligada al temor que genera el encuentro con personas con trastornos mentales.

Es importante, señalar las limitaciones del trabajo de tesis. Siendo un análisis de base secundaria de un proyecto de investigación con diseño de tipo ensayo aleatorizado que tuvo como objetivo evaluar una intervención anti-estigma, fue desarrollado priorizando la validez interna del estudio. La principal consecuencia de tal situación es que no se podría generalizar los resultados del presente trabajo a otros contextos del sistema de salud mental peruano como el del área rural ya que usó la información recolectada en la línea base del estudio principal.

De la misma manera, podría existir sesgo de información. Se postula tal situación, dado que las escalas usadas para para medir las variables de interés, si bien fueron validadas para la realidad peruana, no han pasado por estudios que corroboren las propiedades métricas en el país. Además, como se mencionó anteriormente, el estudio primario buscaba medir el impacto de su intervención en diferentes constructos relacionados al estigma, de esta manera no fue prioridad desarrollar puntos de corte para tener datos descriptivos que puedan ser comunicables a la población. La desventaja en no crear puntos de corte y trabajarlo como la suma total de los puntos es que la interpretación torna difícil de comunicar. Un ejemplo de interpretación de resultados lineales sería *“el aumento de un punto en una escala, hace que disminuya en un punto el puntaje promedio de otra escala”*; esto crea vacíos interpretativos dado no nos indica el significado de esos cambios. Se entiende que la compenetración de la ciencia como la comunicación son esenciales para promover y proteger la salud del público (111,112). El escenario ideal hubiera sido probar los nuevos baremos con pruebas piloto antes de comenzar el estudio. Estas situaciones introducirían error de medición no diferencial que generaría una estimación de resultados con tendencia a la nulidad.

Además, es relevante mencionar los sesgos de confusión en el presente trabajo. En primera instancia, algunas de las variables que actúan como confusoras no fueron medidos por lo que no ingresaron al modelo multivariado como es la percepción de importancia de enfermedad mental (113), percepción por tipo de enfermedad

mental (113), percepciones sobre la eficacia de la farmacoterapia (114), consecuencias sociales y personales de la enfermedad mental (114).

A pesar de estas condiciones, el estudio tiene fortalezas que darían aporte científico; tomando en cuenta que son situaciones que son esperadas dentro del contexto peruano, nos brindaría ayudar a generar hipótesis sobre la situación actual del sistema de salud mental en Perú condicionada por el estigma. Esto último es de importancia dado que la integración de las prácticas orientadas a la recuperación en los servicios de salud mental requiere la construcción colaborativa de una cultura que premie comportamientos que apoyen el cambio y la innovación de todo el sistema de salud, incluidos los proveedores (115) más aún en un país como Perú donde se identifica brechas en los sistemas de salud mental alimentados por la escasa asignación de recursos financieros y humanos, falta de capacitaciones, protocolos estandarizados, medicamentos (42,82).

Se han dado avances en el sistema peruano que buscan una reestructuración servicios de atención de la salud mental, creando servicios médicos de apoyo para ayudar en la recuperación la reintegración de los pacientes a la sociedad y suministrar medicamentos psiquiátricos a los centros de salud. Dentro de estos cambios, destaca la creación de centros de salud mental comunitario y la formación a proveedores para incorporar rutinas de detección de trastornos mentales y la prescripción del tratamiento farmacológico para trastornos leves a moderados por los médicos generales (116). De esta manera los casos de emergencia y hospitalización a pacientes podría ser remitidos por estos centros

para reducir el número de usuarios, número de ingresos, número de camas ocupadas y la carga de trabajo del personal en los hospitales psiquiátricos (82,117). En este camino, se espera que se reduzca el estigma hacia la salud mental de parte de los pacientes y sus familias; sin embargo, desde una mirada holística de la recuperación orientada al paciente, aún es importante trabajar con los proveedores.

Este es uno de los principios fundamentales de la Acción Integral de la Organización Mundial de la Salud en su Plan para la Salud Mental (39,118) en donde entiende el proceso de recuperación como un desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida a medida que uno crece más allá de los efectos catastróficos de la discapacidad psiquiátrica. En contraste con los modelos de prestación de servicios que se centran en los síntomas, la discapacidad, el riesgo y el cumplimiento del tratamiento, los servicios basados en la recuperación consideran resultados más amplios, como el empleo competitivo, las habilidades de autogestión y la independencia.

Uno de los factores que en la literatura contribuye a los servicios basados en la recuperación es las intervenciones basadas en el contacto (119). Se ha demostrado que facilitar el contacto entre personas afectadas por una condición particular y miembros del público en general o trabajadores de la salud es eficaz para mejorar las actitudes y para cambiar los estereotipos negativos. Esto se basa en el principio de que las actitudes solo pueden ser cambiadas o reemplazadas por actitudes positivas cuando se ha demostrado que son disfuncionales(120). De manera

similar, el contacto con individuos que desconfirman moderadamente los estereotipos también es importante, es decir, con individuos que son sintomáticos y están en tratamiento, pero que también trabajan, socializan, cuidan su imagen personal y tienen relaciones significativas. La intervención de contacto se ha utilizado en diferentes formas, ya sea facilitando el contacto directo, en vivo o por medios electrónicos. Algunos ejemplos son los testimonios de personas afectadas en la comunidad o de conocidos "campeones", videos (cómicos y participativos) utilizados durante eventos y reuniones comunitarias, proyección en televisión, etc.

(121)

En este caso, esta investigación contribuye en la identificación de uno de los determinantes de las prácticas en salud mental en el país, a fin de que se pueda implementar trabajos de prevención de actitud de estigma.

## **8. Conclusiones**

- No se rechaza la hipótesis del trabajo de tesis, encontrando que existe relación significativa entre la percepción de recuperación de enfermedad mental y actitud de estigma.
  
- Las variables lugar de procedencia, rol en el EESS, tiempo trabajando en atención primaria, tener algún familiar con antecedente de enfermedad mental, tener alguna capacitación en salud mental y los puntajes distancia

social son confusoras en las relación de percepción de recuperación de enfermedad mental y actitud de estigma.

- Al ajustar por estas, la probabilidad de tener el puntaje más bajo en actitud de estigma, difiere en 24% (IC95%: 15%-32%) entre los trabajadores que tienen puntaje alto y bajo en la percepción de recuperación de enfermedad mental y 9%(IC95%:0%-17%) con respecto al puntaje moderado. De igual forma, la probabilidad de tener el puntaje más alto en actitud de estigma en los trabajadores con alto nivel de percepción de recuperación de enfermedad mental se reduce en 22% (IC95%:14%-30%) comparado con los que tienen bajo nivel en la exposición y 7% (0%-13%) en los que tienen moderado nivel en la exposición. Por otro lado, las relaciones entre los niveles moderados del *outcome* y *la exposición* no tienen significancia en el modelo ajustado.
- Los hallazgos del presente estudio son coherentes con posturas teóricas e investigaciones que muestra que la percepción de un mal pronóstico de un diagnóstico en salud mental, está asociado a mayores niveles de estigma.

## **9. Recomendaciones**

- Se necesita realizar estimaciones tomando en cuenta otros confusores como *la percepción de importancia de enfermedad mental, percepción por tipo de enfermedad mental, clima laboral, percepciones sobre la*

*eficacia de la farmacoterapia, consecuencias sociales y personales de la enfermedad mental.*

- Se necesita hacer estudios exhaustivos de las propiedades métricas de los instrumentos *Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices*, *Openminded Minds* y *Distancia Social del Bogardus*.
- Usar puntos de corte que puedan ser comunicables y entendibles para realizar estrategias de salud pública.
- Complementar la evidencia del trabajo con un estudio cualitativo que pueda explorar percepciones y vivencias de los trabajadores en salud con respecto a la actitud de estigma condicionada por la percepción de recuperación de enfermedad mental
- Incorporar en la formación profesional y de la organización de los servicios estrategias de capacitación que pueden contribuir a disminuir el estigma como conocimientos sobre el proceso de recuperación de enfermedad mental y distancia social.

## 10. Referencias bibliográficas

1. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophr Bull.* 2001;27(2):219–25.
2. Stuart H, Arboleda-Florez J, Sartorius N. *Paradigms Lost: Fighting Stigma and the Lessons Learned.* Oxford: Oxford university press; (2009), 27(3): 231-274
3. Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2014;31.
4. Piazza M & Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev Perú med exp salud publica.* 2014;31:30–8.
5. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev perú med exp salud publica.* 2009;26(2):222–31.
6. Robillard C. The gendered experience of stigmatization in severe and persistent mental illness in Lima, Peru. *Soc Sci Med.* 2010;71(12):2178–86.
7. Goffman E. *Stigma : notes on the management of spoiled identity.* New Jersey: Prentice Hall; 1963. 147 p.
8. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol. Annual Reviews* 4139 El Camino Way, P.O. Box 10139, Palo Alto, CA 94303-0139, USA; 2001;27(1):363–85.
9. Rüsçh N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry.* 2005;20(8):529–39.
10. Petersen KS, Friis VS, Haxholm BL, Nielsen CV, Wind G. Recovery from Mental Illness: A Service User Perspective on Facilitators and Barriers. *Community Ment Health J.* 2015;51(1):1–13.
11. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsçh N. Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatr Serv.* 2012;63(10):963–73.
12. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol.* 2004;59(7):614–25.
13. Picco L, Pang S, Lau YW, Jeyagurunathan A, Satghare P, Abdin E, et al. Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Res.* 2016;246:500–6.
14. Tzouvara V, Papadopoulos C, Randhawa G. Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture. *Int J Soc Psychiatry [Internet].* 2016 May 17 [cited 2018 Oct 6];62(3):292–305. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764016629699>
15. Sapag JC, Sena BF, Bustamante I V., Bobbili SJ, Velasco PR, Mascayano

- F, et al. Stigma towards mental illness and substance use issues in primary health care: Challenges and opportunities for Latin America. *Glob Public Health* [Internet]. 2018 Oct 3 [cited 2018 Oct 7];13(10):1468–80. Available from:  
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2017.1356347>
16. Schön U-K, Denhov A, Topor A. Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering From Severe Mental Illness. *Int J Soc Psychiatry*. 2009;55(4):336–47.
  17. Topor A, Borg M, Di Girolamo S, Davidson L. Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery. *Int J Soc Psychiatry*. 2011;57(1):90–9.
  18. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Campion J, et al. Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness. *Schizophr Bull*. 2001;27(2):187–95.
  19. Anthony WA. A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatr Rehabil J*. 2000;24(2):159–68.
  20. Lancet Global Mental Health Group J, Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* (London, England). Jossey-Bass Publishers, San Francisco, USA; 2007;370(9594):1241–52.
  21. O’Connell M, Tondora J, Croog G, Evans A, Davidson L. From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatr Rehabil J*. 2005;28(4):378–86.
  22. Barczyk AN. Relationship Between the Public’s Belief in Recovery, Level of Mental Illness Stigma, and Previous Contact. *Community Ment Health J*. Springer US; 2015;51(1):38–47.
  23. Amsalem D, Hasson-Ohayon I, Gothelf D, Roe D. Subtle ways of stigmatization among professionals: The subjective experience of consumers and their family members. *Psychiatr Rehabil J* [Internet]. 2018 Sep [cited 2018 Oct 2];41(3):163–8. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29985015>
  24. Stacy MA, Rosenheck R. The association of recovery orientation and stigmatizing beliefs. *J Ment Heal* [Internet]. 2017 Dec 22 [cited 2018 Oct 2];1–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29271673>
  25. Leddy-Stacy M, Stefanovics E, Rosenheck R. Veteran and clinician perceptions of recovery and stigma at a veterans affairs medical center. *Psychiatr Rehabil J* [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 2];39(2):105–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26691995>
  26. Maza K. Estigma experimentado en personas diagnosticadas con esquizofrenia internadas en un hospital psiquiátrico. [Lima, Perú]: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2015.
  27. Adewuya AO, Makanjuola ROA. Social distance towards people with mental illness amongst Nigerian university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005 Nov;40(11):865–8.
  28. Papish A, Kassam A, Modgill G, Vaz G, Zanussi L, Patten S, et al. Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ*. BioMed Central;

- 2013;13(1):141.
29. Adewuya AO, Oguntade AA. Doctors' attitude towards people with mental illness in Western Nigeria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* D. Steinkopff-Verlag; 2007;42(11):931–6.
  30. Stuart H, Arboleda-Flórez J. Community Attitudes toward People with Schizophrenia. *Can J Psychiatry.* 2001;46(3):245–52.
  31. Kopera M, Suszek H, Bonar E, Myszkka M, Gmaj B, Ilgen M, et al. Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. *Community Ment Health J.* 2015;51(5):628–34.
  32. da Rocha Neto HG, Rosenheck RA, Stefanovics EA, Cavalcanti MT. Attitudes of Brazilian Medical Students Towards Psychiatric Patients and Mental Illness: A Quantitative Study Before and After Completing the Psychiatric Clerkship. *Acad Psychiatry.* 2017;41(3):315–9.
  33. Oduguwa AO, Adedokun B, Omigbodun OO. Effect of a mental health training programme on Nigerian school pupils' perceptions of mental illness. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2017;11(1):19.
  34. Bella-Awusah T, Adedokun B, Dogra N, Omigbodun O. The impact of a mental health teaching programme on rural and urban secondary school students' perceptions of mental illness in southwest Nigeria. *J Child Adolesc Ment Heal.* 2014;26(3):207–15.
  35. Ihalainen-Tamlander N, Vähäniemi A, Löyttyniemi E, Suominen T, Välimäki M. Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: a cross-sectional study in primary settings in Finland. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2016;23(6–7):427–37.
  36. Hsiao C-Y, Lu H-L, Tsai Y-F. Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *Int J Ment Health Nurs.* 2015;24(3):272–80.
  37. Pescosolido BA, Martin JK, Lang A, Olafsdottir S. Rethinking theoretical approaches to stigma: a Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Soc Sci Med [Internet]. NIH Public Access;* 2008 Aug [cited 2018 Oct 4];67(3):431–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18436358>
  38. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet.* 2008;372(9642):917–27.
  39. Organización Mundial de la Salud. Mental health action plan 2013–2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
  40. Chan M, Yong Kim J. Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority. In Washington DC, US; 2016.
  41. Wilken J. Understanding Recovery from Psychosis: A Growing Body of Knowledge. *Tidsskr Nor psykologforening.* 2007;44(5):658–66.
  42. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao. Lima, Perú. Vol. Volumen XX. 2013.
  43. Kelly B (Brendan D. Mental illness, human rights and the law [Internet]. [cited 2018 Oct 7]. 250 p. Available from: <https://www.rcpsych.ac.uk/usefulresources/publications/books/rcpp/978190>

- 9726512.aspx
44. Marmot M. Just societies, health equity, and dignified lives: the PAHO Equity Commission. *Lancet* [Internet]. 2018 Sep 24 [cited 2018 Oct 7]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30262335>
  45. Goffman E. *Stigma : notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster; 1963. 147 p.
  46. Stuart H. Fighting Stigma and Discrimination Is Fighting for Mental Health. *Can Public Policy*. 2005;XXXI.
  47. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*. 1999;54(9):765–76.
  48. Sapag JC, Rush B, Ferris LE. Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: contextualized evaluation needs and opportunities. *Health Expect*. Wiley-Blackwell; 2016;19(1):152–69.
  49. Klik KA, Williams SL, Reynolds KJ. Toward understanding mental illness stigma and help-seeking: A social identity perspective. *Soc Sci Med* [Internet]. 2019 Feb [cited 2019 Mar 17];222:35–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30599434>
  50. Corrigan PW. The paradox of self-stigma and mental illness. [Internet]. 2002 [cited 2019 Mar 17]. Available from: <http://www.mifras.org/know/wp-content/uploads/2014/04/The-Paradox-of-Self-Stigma-and-Mental-Illness.pdf>
  51. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* [Internet]. World Psychiatric Association; 2013 Jun [cited 2019 Mar 17];12(2):155–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23737425>
  52. Caqueo-Úrizar A, Boyer L, Urzúa A, Williams DR. Self-stigma in patients with schizophrenia: a multicentric study from three Latin-America countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2019 Feb 26 [cited 2019 Mar 17]; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-019-01671-4>
  53. Hasson-Ohayon I, Goldzweig G, Lavi-Rotenberg A, Roe D, Pijnenborg GHM. Illness representations among parents of children and adults with serious mental disorders: A systematic review and theoretical model. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2019 May [cited 2019 Mar 17];58:27–37. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924933819300306>
  54. Shi Y, Shao Y, Li H, Wang S, Ying J, Zhang M, et al. Correlates of affiliate stigma among family caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2019 Feb [cited 2019 Mar 17];26(1–2):49–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30472763>
  55. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q*. PMC Canada manuscript submission; 2009;13 Spec No(Spec No):16–23.
  56. Fukui S, Davidson LJ, Holter MC, Rapp CA. Pathways to Recovery (PTR): Impact of peer-led group participation on mental health recovery outcomes. *Psychiatr Rehabil J*. 2010;34(1):42–8.

57. Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Ment Health J.* 2005;41(2):141–58.
58. Hadziahmetović N, Alispahić S, Tuce Đ, Hasanbegović-Anić E. Therapist's interpersonal style and therapy benefit as the determinants of personality self-reports in clients. *Vojnosanit Pregl.* 2016;73(2):135–45.
59. Stead U, Morant N, Ramon S. Shared decision-making in medication management: development of a training intervention. *BJPsych Bull* [Internet]. 2017 Aug [cited 2017 Aug 18];41(4):221–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28811918>
60. Wang K, Link BG, Corrigan PW, Davidson L, Flanagan E. Perceived provider stigma as a predictor of mental health service users' internalized stigma and disempowerment. *Psychiatry Res* [Internet]. 2018 Jan [cited 2018 Oct 5];259:526–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29156425>
61. Le Boutillier C, Chevalier A, Lawrence V, Leamy M, Bird VJ, Macpherson R, et al. Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis. 2015 [cited 2018 Oct 4]; Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/81860780.pdf>
62. Wilson MC, Scior K. Implicit Attitudes towards People with Intellectual Disabilities: Their Relationship with Explicit Attitudes, Social Distance, Emotions and Contact. *PLoS One* [Internet]. Public Library of Science; 2015 [cited 2017 Aug 17];10(9):e0137902. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26366575>
63. Baumann AE. Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: The individual with mental illness as a 'stranger.' *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2007 Jan 11 [cited 2018 Oct 5];19(2):131–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17464791>
64. Sullivan G, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Mukherjee S, et al. Influence of Schizophrenia Diagnosis on Providers' Practice Decisions. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2015 Aug 26 [cited 2019 Jan 29];76(08):1068–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26335084>
65. Rasdale AR, Warman DM, Phalen PL. An examination of perceptions of individuals with an intellectual disability, with and without co-morbid schizophrenia: effects of labels on stigma. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2018 Jun [cited 2018 Oct 5];62(6):544–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29700873>
66. Chekuri L, Mittal D, Ounpraseuth S. Relationship Between Stereotypes, Prejudice, and Social Distancing in a Sample of Health Care Providers. *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 2018 May 24 [cited 2018 Oct 5];20(3). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29873947>
67. Popescu CA, Buzoianu AD, Suci SM, Armean SM. Attitudes toward mentally ill patients: a comparison between Romanian and International Medical Students. *Clujul Med* [Internet]. 2017 Oct 30 [cited 2018 Oct 5];90(4):401. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29151788>
68. Koike S, Yamaguchi S, Ojio Y, Ando S. Social distance toward people

- with schizophrenia is associated with favorable understanding and negative stereotype. *Psychiatry Res* [Internet]. 2018 Mar [cited 2018 Oct 5];261:264–8. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29329046>
69. Leamy M, Clarke E, Le Boutillier C, Bird V, Choudhury R, MacPherson R, et al. Recovery practice in community mental health teams: national survey. *Br J Psychiatry* [Internet]. Royal College of Psychiatrists; 2016 [cited 2018 Oct 6];209(4):340–6. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27340113>
  70. Fujii T, Hanya M, Kishi M, Kondo Y, Cates ME, Kamei H. An internet-based survey in Japan concerning social distance and stigmatization toward the mentally ill among doctors, nurses, pharmacists, and the general public. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2018 Aug [cited 2018 Oct 6];36:1–7. Available from:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201817306706>
  71. Del Olmo-Romero F, González-Blanco M, Sarró S, Grácio J, Martín-Carrasco M, Martínez-Cabezón AC, et al. Mental health professionals' attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2018 Jan 20 [cited 2018 Oct 6]; Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29353369>
  72. Takeuchi J, Sakagami Y. Stigma among international students is associated with knowledge of mental illness. *Nagoya J Med Sci* [Internet]. 2018 Aug [cited 2018 Oct 6];80(3):367–78. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30214086>
  73. Aron A, Aron EN, Smollan D. Inclusion of Other in the Self Scale and the structure of interpersonal closeness. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1992 [cited 2018 Oct 6];63(4):596–612. Available from:  
<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.63.4.596>
  74. Cauce AM, Domenech-Rodríguez M, Paradise M, Cochran BN, Shea JM, Srebnik D, et al. Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2002 [cited 2018 Oct 6];70(1):44–55. Available from:  
<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-006X.70.1.44>
  75. Gras LM, Swart M, Slooff CJ, van Weeghel J, Knegtering H, Castelein S. Differential stigmatizing attitudes of healthcare professionals towards psychiatry and patients with mental health problems: something to worry about? A pilot study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2015 Feb 15 [cited 2018 Oct 6];50(2):299–306. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25123701>
  76. Hassan TM, Asmer MS, Mazhar N, Munshi T, Tran T, Groll DL. Canadian Physicians' Attitudes towards Accessing Mental Health Resources. *Psychiatry J* [Internet]. Hindawi Limited; 2016 [cited 2018 Oct 6];2016:9850473. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27144156>
  77. M van der Sanden RL, R Bos AE, Stutterheim SE, Pryor JB, Kok G, van der RL. Experiences of Stigma by Association Among Family Members of People With Mental Illness. *Rehabil Psychol* [Internet]. [cited 2018 Oct

- 6];58:73–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/a0031752>
78. Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2007 Jan 11 [cited 2018 Oct 6];19(2):113–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17464789>
  79. Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res* [Internet]. NIH Public Access; 2014 Aug 15 [cited 2018 Oct 6];218(1–2):35–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24774076>
  80. Pranckeviciene A, Zardeckaite-Matulaitiene K, Marksaityte R, Endriulaitiene A, Tillman DR, Hof DD. Social distance in Lithuanian psychology and social work students and professionals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2018 Aug 16 [cited 2018 Oct 6];53(8):849–57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29453748>
  81. Subramaniam M, Abdin E, Picco L, Shahwan S, Jeyagurunathan A, Vaingankar JA, et al. Continuum beliefs and stigmatising beliefs about mental illness: results from an Asian community survey. *BMJ Open*. 2017;7(4):e014993.
  82. Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt LR, Mendoza M, Herrera V, et al. Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services. *Kerman Univ Med Sci*. 2017;6(69):501–8.
  83. Cavero V, Diez-Canseco F, Toyama M, Flórez Salcedo G, Ipinca A, Araya R, et al. Provision of mental health care within primary care in Peru: A qualitative study exploring the perspectives of psychologists, primary health care providers, and patients. *Wellcome Open Res* [Internet]. 2018 Apr 30 [cited 2018 Jul 6];3:9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29623297>
  84. Lepoutre T, Villa F. Freud with Charcot: Freud’s discovery and the question of diagnosis. *Int J Psychoanal* [Internet]. 2015 Apr [cited 2018 Oct 7];96(2):345–68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25363538>
  85. Chien C-L. Beyond Authoritarian Personality: The Culture-Inclusive Theory of Chinese Authoritarian Orientation. *Front Psychol* [Internet]. Frontiers Media SA; 2016 [cited 2018 Oct 7];7:924. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27445894>
  86. Ponsi G, Panasiti MS, Aglioti SM, Liuzza MT. Right-wing authoritarianism and stereotype-driven expectations interact in shaping intergroup trust in one-shot vs multiple-round social interactions. *PLoS One* [Internet]. Public Library of Science; 2017 [cited 2018 Oct 7];12(12):e0190142. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29284019>
  87. Sibley CG, Duckitt J. Personality and Prejudice: A Meta-Analysis and Theoretical Review. *Personal Soc Psychol Rev* [Internet]. SAGE PublicationsSage CA: Los Angeles, CA; 2008 Aug 1 [cited 2018 Oct 7];12(3):248–79. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1088868308319226>
  88. Allport G. The teaching-learning situation. *Public Heal reports* (Washington, DC 1896) [Internet]. Association of Schools of Public

- Health; 1953 Sep [cited 2018 Oct 7];68(9):875–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13089019>
89. Nosek BA, Hawkins CB, Frazier RS. Implicit social cognition: from measures to mechanisms. *Trends Cogn Sci* [Internet]. NIH Public Access; 2011 Apr [cited 2018 Oct 7];15(4):152–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21376657>
  90. Austin WG, Worchel S. *Psychology of intergroup relations* [Internet]. Nelson-Hall Publishers; 1986 [cited 2018 Oct 7]. 429 p. Available from: [https://books.google.com.pe/books/about/Psychology\\_of\\_intergroup\\_relations.html?id=FXISAQAAMAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.pe/books/about/Psychology_of_intergroup_relations.html?id=FXISAQAAMAAJ&redir_esc=y)
  91. Augoustinos M, Every D. The Language of “Race” and Prejudice. *J Lang Soc Psychol* [Internet]. Sage PublicationsSage CA: Los Angeles, CA; 2007 Jun 25 [cited 2018 Oct 7];26(2):123–41. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0261927X07300075>
  92. Duckitt JH. Psychology and prejudice: A historical analysis and integrative framework. *Am Psychol* [Internet]. 1992 [cited 2018 Oct 7];47(10):1182–93. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.47.10.1182>
  93. Bustamante I, Sapag J. Experiencia de implementación y resultados preliminares de la intervención anti-estigma y pro-recuperación en relación a problemas de salud mental en atención primaria en Lima Sur, Perú. *Conferencia Regional de Salud Mental Comunitaria*; 2016.
  94. Whitehead J. Sample Size Calculations for Ordered Categorical Data. *Stat Med*. 1993;12:2257–71.
  95. Hosmer, D., Lemeshow, S., y Sturdivant R. *Applied logistic regression*. 3ra ed. Nueva Jersey: John Wiley & Sons; 2013.
  96. Sartorius N. Opening minds in Canada. *Can J Psychiatry*. 2014;59(10 Suppl 1):S4-5.
  97. Kassam A, Papish A, Modgill G, Patten S. The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The opening minds scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):62.
  98. Modgill G, Patten SB, Knaak S, Kassam A, Szeto AC. Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):120.
  99. Latkin CA, Edwards C, Davey-Rothwell MA, Tobin KE. The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addict Behav* [Internet]. 2017 Oct [cited 2017 Aug 17];73:133–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28511097>
  100. Keith JM, Bennetto L, Rogge RD. The relationship between contact and attitudes: Reducing prejudice toward individuals with intellectual and developmental disabilities. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Aug 17];47:14–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26342326>
  101. Dabby L, Tranulis C, Kirmayer LJ. Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Psychiatrists Toward People With Mental Illness. *Can J*

- Psychiatry [Internet]. SAGE Publications; 2015 Oct [cited 2017 Aug 17];60(10):451–9. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26720192>
102. Chen Y, Lu J, Wang Y, Feng Z, Yuan B. Social distance influences the outcome evaluation of cooperation and conflict: Evidence from event-related potentials. *Neurosci Lett* [Internet]. 2017 Apr 24 [cited 2017 Aug 17];647:78–84. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28315726>
  103. Chen H-T. The conceptual framework of the theory-driven perspective. *Eval Program Plann* [Internet]. Pergamon; 1989 Jan 1 [cited 2018 Aug 8];12(4):391–6. Available from:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0149718989900578>
  104. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
  105. Tutz GR for categorical data. CCUP 2012. *Regression for categorical data*. Cambridge. Cambridge; 2012.
  106. Piat M, Sabetti J. The Development of a Recovery-Oriented Mental Health System in Canada: What the Experience of Commonwealth Countries Tells Us. *Can J Commun Ment Health*. PMC Canada manuscript submission; 2009;28(2):17–33.
  107. Kidd SA, Mckenzie KJ, Virdee G. Mental health reform at a systems level: widening the lens on recovery-oriented care. *Can J Psychiatry*. SAGE Publications; 2014 May;59(5):243–9.
  108. Popescu CA, Buzoianu AD, Suci SM, Armean SM. Attitudes toward mentally ill patients: a comparison between Romanian and International Medical Students. *Clujul Med* [Internet]. 2017 Oct 30 [cited 2018 Oct 6];90(4):401. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29151788>
  109. Scazufca M, P de Paula Couto MC, Huang H, Kester R, Braga PE, Peluso ÉTP, et al. Public Stigma towards Older Adults with Depression: Findings from the São Paulo-Manaus Elderly in Primary Care Study. *PLoS One* [Internet]. Public Library of Science; 2016 [cited 2018 Oct 8];11(6):e0157719. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27352293>
  110. Piat M, Lal S. Service providers’ experiences and perspectives on recovery-oriented mental health system reform. *Psychiatr Rehabil J*. PMC Canada manuscript submission; 2012;35(4):289–96.
  111. Bernhardt JM. Communication at the core of effective public health. *Am J Public Health*. American Public Health Association; 2004 Dec;94(12):2051–3.
  112. Rimal RN, Lapinski MK. Why health communication is important in public health. *Bull World Health Organ*. World Health Organization; 2009 Apr;87(4):247–247a.
  113. Mannarini S, Boffo M. 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. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2015 Jan 28 [cited 2017 Aug 17];50(1):27–37. Available from:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24972643>
114. Kaite CP, Karanikola MN, Vouzavali FJD, Koutroubas A, Merkouris A, Papathanassoglou EDE. The experience of Greek-Cypriot individuals living with mental illness: preliminary results of a phenomenological study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016 Dec 6 [cited 2017 Aug 17];16(1):343. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27716117>
  115. Tickle A, Brown D, Hayward M. Can we risk recovery? A grounded theory of clinical psychologists' perceptions of risk and recovery-oriented mental health services. *Psychol Psychother Theory, Res Pract*. 2014 Mar;87(1):96–110.
  116. El Peruano. Decreto Supremo. N° 033-2015-SA Perú; 2015.
  117. Breslau J, Leckman-Westin E, Yu H, Han B, Pritam R, Guarasi D, et al. Impact of a Mental Health Based Primary Care Program on Quality of Physical Health Care. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res*. 2017;
  118. Saxena S, Funk M, Chisholm D. WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation? *World Psychiatry*. World Psychiatric Association; 2014 Jun;13(2):107–9.
  119. van Brakel WH, Cataldo J, Grover S, Kohrt BA, Nyblade L, Stockton M, et al. Out of the silos: identifying cross-cutting features of health-related stigma to advance measurement and intervention. *BMC Med* [Internet]. BioMed Central; 2019 Feb 15 [cited 2019 Mar 18];17(1):13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30764817>
  120. Dalal AK. Social interventions to moderate discriminatory attitudes: The case of the physically challenged in India. [cited 2019 Mar 18]; Available from: <https://ipi.org.in/texts/ajit/dalal-disability-attitudes.pdf>
  121. Chapman SA, Blash LK, Mayer K, Spetz J. Emerging Roles for Peer Providers in Mental Health and Substance Use Disorders. *Am J Prev Med* [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Mar 18];54(6):S267–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29779551>

*Anexo 2: Instrumento(s) de recolección de los datos*

Código: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_  
Código: \_\_\_\_\_

PREVINIENDO EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN RELACIONADA A PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMO DE DROGAS Y PROMOVRIENDO PRÁCTICAS ORIENTADAS A LA RECUPERACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL PERÚ

Financiada por el Grand Challenges Canadá

### CUESTIONARIO PARA TRABAJADORES DE SALUD

A continuación, se presentan varias preguntas que indagan sobre sus pensamientos, creencias, sentimientos, comportamientos y experiencias relacionadas a personas con problemas de salud mental o de consumo de drogas. No hay respuestas correctas, ni incorrectas. Por favor, indique la alternativa de respuesta que mejor describa su experiencia.

La información que nos brinde será confidencial.

Si tiene alguna duda, pregunte al personal que se encuentra aplicando el cuestionario.

Muchas gracias por su participación.

## PARTE I: ESTIGMA & RECUPERACIÓN

Se entiende por **ENFERMEDAD MENTAL**, aquellas enfermedades que pueden tomar muchas formas y generalmente se relacionan con cambios en el pensamiento, estado de ánimo y comportamiento; y con frecuencia se acompañan de angustia y problemas de funcionamiento. Los problemas de salud mental reflejan un continuo que van desde las preocupaciones comunes que las personas experimentan como parte de la vida cotidiana hasta graves condiciones. Algunos ejemplos de problemas de salud mental son los denominados trastornos de ansiedad, trastornos del ánimo (por

### A. Proveedores de la Atención de Salud y Enfermedad Mental

Las siguientes preguntas le piden manifestar su acuerdo o desacuerdo con una serie de enunciados. No hay una respuesta correcta a cada pregunta. Por favor, coloque una "X" en la casilla que mejor corresponda a su opinión.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1) Me siento más cómodo ayudando a una persona que tiene una enfermedad física que ayudando a una persona que tiene una enfermedad mental.					
2) Si una persona con una enfermedad mental se queja de síntomas físicos (ej.: náuseas, dolor de espalda o dolor de cabeza), probablemente pensaría que esas molestias o síntomas se deban a su enfermedad mental.					
3) Si un colega con quien trabajo me dijera que tuvo una enfermedad mental controlada, yo estaría igualmente dispuesto a trabajar con él/ella.					
4) Si yo estuviera bajo tratamiento por una enfermedad mental no lo revelaría a ninguno/a de mis colegas.					

5) Yo estaría más inclinado a buscar ayuda por una enfermedad mental si mi proveedor de atención de salud (por ejemplo: mi médico, psicólogo, enfermera...) <u>no</u> estuviera relacionado con mi lugar de trabajo.					
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
6) Me vería como débil si tuviera una enfermedad mental y <u>no</u> podría resolverla por mí mismo/a.					
7) Me sería difícil buscar ayuda si tuviera una enfermedad mental.					
8) Los empleadores deberían contratar a una persona con una enfermedad mental controlada si él/ella es la mejor persona para el trabajo.					
9) Aún iría a un médico si supiera que dicho médico había sido tratado por una enfermedad mental.					
10) Si tuviera una enfermedad mental, le diría a mis amigos/as.					
11) Es responsabilidad de los proveedores de atención de salud transmitir esperanza a las personas con enfermedad mental.					
12) A pesar de mis creencias profesionales, tengo reacciones negativas hacia las personas que tienen enfermedad mental.					
13) Es poco lo que yo puedo hacer para ayudar a las personas con enfermedad mental.					
14) La mayoría de la personas con enfermedad mental no se esfuerzan lo suficiente para recuperarse.					
15) Las personas con enfermedad mental rara vez representan un riesgo para el público.					
16) El mejor tratamiento para la enfermedad mental es la medicación.					

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
17) <u>No</u> querría a una persona con una enfermedad mental, aún si estuviera adecuadamente controlada, para trabajar con niños.					
18) Los proveedores de atención de salud <u>no</u> necesitan defender a las personas con enfermedad mental.					
19) <u>No</u> me importaría si una persona con una enfermedad mental viviera al lado de donde yo vivo.					
20) Me es difícil sentir compasión por una persona con una enfermedad mental.					

*Por favor, continúe en la página siguiente.*

### C. Escala de Distancia Social

Esta sección trata de cómo usted se podría sentir con respecto a las personas que tienen esquizofrenia o dependencia a la cocaína/pasta básica de cocaína (PBC). Hay dos sub-secciones, una para la esquizofrenia y una para la dependencia a la cocaína/pasta básica de cocaína (PBC)

#### C1. Distancia Social y Esquizofrenia.

**ESQUIZOFRENIA** es una condición psiquiátrica o enfermedad mental crónica. Las personas afectadas de esquizofrenia pueden presentar una grave distorsión en el pensamiento, la percepción y las emociones, manifiestan pérdida de contacto con la realidad y pueden experimentar alucinaciones (escuchan, ven y/o sienten cosas que los otros no escuchan, ni ven, ni sienten).

Por favor, piense en alguien que tiene esquizofrenia. Para cada uno de los siguientes enunciados, por favor seleccione la alternativa que mejor represente su respuesta. Por favor, marque con un círculo solo una respuesta para cada ENUNCIADO.

1. ¿Se sentiría usted avergonzado/a si la gente supiera que alguien en su familia tiene esquizofrenia?

1	2	3	4
Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí

2. ¿Tendría usted miedo a tener una conversación con alguien con esquizofrenia?

1	2	3	4
Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí

3. ¿Estaría usted perturbado/a laborando en el mismo trabajo con alguien con esquizofrenia?

1	2	3	4
Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí

4. ¿Sería usted incapaz de mantener una amistad con alguien con esquizofrenia?

1	2	3	4
Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí

5. ¿Se sentiría usted molesto/a o perturbado/a de compartir un cuarto con alguien con esquizofrenia?

1	2	3	4
Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí

6. ¿Se casaría usted con alguien con esquizofrenia?

1	2	3	4
Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí

*Por favor continúe en la página siguiente.*

D1. Escala de Evaluación de Recuperación- (Enfermedad Mental)

**ENFERMEDAD MENTAL SEVERA:** Es aquella enfermedad mental que por su diagnóstico, duración y discapacidad afecta fuertemente la vida de la persona que la enfrenta y la vida de quienes le rodean. Usualmente incluyen los cuadros psicóticos (personas que pierden el contacto con la realidad), las depresiones graves, entre otros.

Los puntajes deberían reflejar su opinión general acerca de las personas con enfermedades mentales SEVERAS. Responda en la escala de nueve puntos (1 = muy de acuerdo, 9 = muy en desacuerdo).

**EJEMPLO DE CÓMO MARCAR SUS RESPUESTAS:**

**LAS PERSONAS SURDAS SON MÁS ALEGRES.**

Si piensa que está **completamente de acuerdo** con que las personas surdas son más alegres, marque 1.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Muy de Acuerdo								Muy en Desacuerdo

Si piensa que está **completamente en desacuerdo** con que las personas surdas son más alegres, marque 9.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Muy de Acuerdo								Muy en Desacuerdo

Si piensa que está **de acuerdo, pero no tanto**, marque 4.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Muy de Acuerdo								Muy en Desacuerdo

Si piensa que está **en desacuerdo, pero no tanto**, marque 6.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Muy de Acuerdo								Muy en Desacuerdo





¿Cuál es su estado civil? (por favor, marque la alternativa que mejor represente su situación actual)

- (1) Casado(a)
- (2) Conviviente
- (3) Viudo(a)
- (4) Divorciado(a)
- (5) Separado(a)
- (6) Soltero(a)

¿Tiene hijos?       (1) Sí                   (2) No

*Si es sí, continúe en la pregunta 5 en esta sección/ Si es no, pase a la pregunta 6, en esta sección.*

¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_ (número de hijos)

¿En dónde Ud. nació?

- (1) Ciudad de Lima, Perú
- (2) Resto de costa del Perú
- (3) Sierra del Perú
- (4) Selva del Perú
- (5) Otro país (Especifique) \_\_\_\_\_

¿Cuál es su lengua materna?

- (1) Quechua
- (2) Aimara
- (3) Castellano
- (4) Lengua Amazónica (cuál): \_\_\_\_\_
- (5) Otro idioma (cuál): \_\_\_\_\_

¿Cuál es su religión?

- |     |           |     |            |     |                   |
|-----|-----------|-----|------------|-----|-------------------|
| (1) | Católica  | (2) | Evangélica | (3) | Testigo de Jehová |
| (4) | Judía     | (5) | Mormón     | (6) | Ortodoxa          |
| (7) | Agnóstica | (8) | Ninguno    | (9) | Ateo              |

(10) Otra religión \_\_\_\_\_ (escriba el nombre)

¿Dónde trabaja? *Centro de Salud:* \_\_\_\_\_

¿En qué área de la atención primaria de salud trabaja en su centro de salud? Por favor marque con un círculo la respuesta correcta.

*Equipo asistencial*

*Administrativo*

*Personal de mantenimiento y seguridad*

*Otro. Especifique* \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha estado trabajando en este Centro de Salud? Por favor, marque con un círculo la respuesta que mejor represente su situación.

*Menos de 6 meses*

*De 6 meses a menos de 12 meses*

*1 año a menos de 2 años*

*2 años a menos de 5 años*

*5 años a menos de 10 años*

*10 años ó más*

En general, ¿Cuánto tiempo ha estado usted trabajando en atención primaria de salud (Materno Infantil, centro de salud y/o puesto de salud)? Por favor, marque con un círculo la respuesta que mejor represente su situación.

*Menos de 6 meses*

*De 6 meses a menos de 12 meses*

*1 año a menos de 2 años*

*2 años a menos de 5 años*

*5 años a menos de 10 años*

*10 años ó más*

¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado? Por favor, marque con un círculo la respuesta que mejor represente su situación.

*Educación secundaria incompleta*

*Educación secundaria completa*

*Educación técnica incompleta*

*Educación técnica completa*

*Educación universitaria incompleta*

*Educación universitaria completa*

*Grado de Bachiller*

*Título profesional (licenciatura)*

*Especialista*

*Magíster, doctorado*

¿Cuál es su formación? (Si tiene más de una formación, por favor especifique la relacionada con su principal rol clínico/asistencial en su centro de atención primaria de salud)

- |                                              |                                |                             |
|----------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| (1) Médico                                   | (2) Tecnólogo Médico           | (3) Odontólogo/Estomatólogo |
| (4) Enfermero                                | (5) Obstetra                   | (6) Químico-                |
| (7) Psicólogo                                | (8) Nutricionista              | (9) Trabajador Social       |
| (10) Administrador                           | (11) Técnico de farmacia       |                             |
| (12) Enfermera Técnica                       | (13) Sólo educación secundaria |                             |
| (14) Otro. Por favor, especifique cuál _____ |                                |                             |

¿Cuál es el puesto que desempeña? (Si tiene más de un puesto, por favor especifique el relacionado con su principal rol clínico/asistencial en su centro de atención primaria de salud)

- |                                              |                          |                             |
|----------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| (1) Médico                                   | (2) Enfermero            | (3) Odontólogo/Estomatólogo |
| (4) Obstetra                                 | (5) Psicólogo            | (6) Trabajador              |
| (7) Nutricionista                            | (8) Cajero               | (9) Químico                 |
| (10) Recepcionista                           | (11) Técnico de Farmacia | (12) Personal               |
| (13) Personal de Limpieza                    | (14) Enfermera Técnica   |                             |
| (15) Otro. Por favor, especifique cuál _____ |                          |                             |

a) ¿Qué tan relevante considera usted la salud mental y o problemas de adicción en su actual trabajo en el Centro de Salud? Por favor, marque con un círculo solo una alternativa.

(1) No importante      (2) Algo importante      (3) Muy importante

b) ¿Por qué escogió esta respuesta?

---

---

---

*Por favor, continúe en la página siguiente.*

### PARTE III. Experiencia cercana y/o personal de salud mental y/o adicciones

¿Tiene usted un miembro cercano de su familia, como esposo/esposa, un padre/madre, un hijo/hija, un hermano/hermana, que haya recibido alguna vez tratamiento por un problema de salud mental o problema de adicción?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) Prefiero no responder

Si es sí:

¿Cuál fue el problema de salud mental y/o problema de adicción?

---

¿Esto sucedió en los últimos 12 meses?

- (1) Sí
- (2) No

¿Alguno de sus amigos/as cercanos/as ha estado alguna vez en tratamiento por un problema de salud mental o problema de adicción?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) Prefiero no responder

Si es sí:

¿Cuál fue el problema de salud mental y/o problema de adicción?

---

¿Esto sucedió en los últimos 12 meses?

- (1) Sí
- (2) No

¿Ha recibido usted alguna vez tratamiento por un problema de salud mental o problema de adicción?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) Prefiero no responder

Si es sí:

¿Cuál fue el problema de salud mental y/o problema de adicción?

---

¿Esto sucedió en los últimos 12 meses?

- (1) Sí
- (2) No

Pregunta Final:

¿Tiene usted algún comentario final para compartir?

---

---

---

---

---

---

---

*¡Gracias!*

### Anexo 3

#### Evaluación de supuestos

**Regresión paralela:** Describe la relación entre las variables independientes y cada par posible de la variable dependiente es el mismo. La hipótesis nula es que no hay diferencia en los coeficientes entre los modelos, por lo que "esperamos" obtener un resultado no significativo

Brant test of parallel regression assumption

	chi2	p>chi2	df
All	21.82	0.293	19
1.z_rasmi	2.91	0.088	1
2.z_rasmi	1.31	0.253	1
1.demo_2b	0.73	0.394	1
1.edadcat	1.33	0.249	1
2.edadcat	1.09	0.296	1
1.demo_4b	0.42	0.517	1
2.demo_6	2.27	0.132	1
3.demo_6	1.10	0.294	1
4.demo_6	1.23	0.268	1
5.demo_6	0.73	0.392	1
2.demo_10	0.95	0.330	1
3.demo_10	0.01	0.917	1
4.demo_10	0.15	0.702	1
1.demo_12b	0.74	0.389	1
2.demo_12b	0.04	0.832	1
1.demo_16b	6.57	0.010	1
1.p3_1ab	0.99	0.320	1
2.z_sds	0.12	0.733	1
3.z_sds	0.28	0.599	1

La prueba estadística con resultados significativos ( $p > 0.05$ ) proporciona evidencia de que el supuesto de regresión ha sido violada en cada variable ingresada en el modelo final.

**Regresión proporcional:** informa una prueba aproximada de razón de verosimilitud de si los coeficientes son iguales entre categorías. Un valor p significativo es evidencia de rechazar la hipótesis nula de que los coeficientes son iguales en todas las categorías. Un valor de p no significativo no justifica la conclusión de que tenemos un modelo apropiado para los datos

```
. omodel logit z_oms z_rasmi demo_2b edadcat demo_4b demo_6 demo_10 demo_12b demo_16b p3_lab z_sds
```

```
Iteration 0: log likelihood = -531.28372
Iteration 1: log likelihood = -432.10913
Iteration 2: log likelihood = -429.73385
Iteration 3: log likelihood = -429.69912
Iteration 4: log likelihood = -429.69911
```

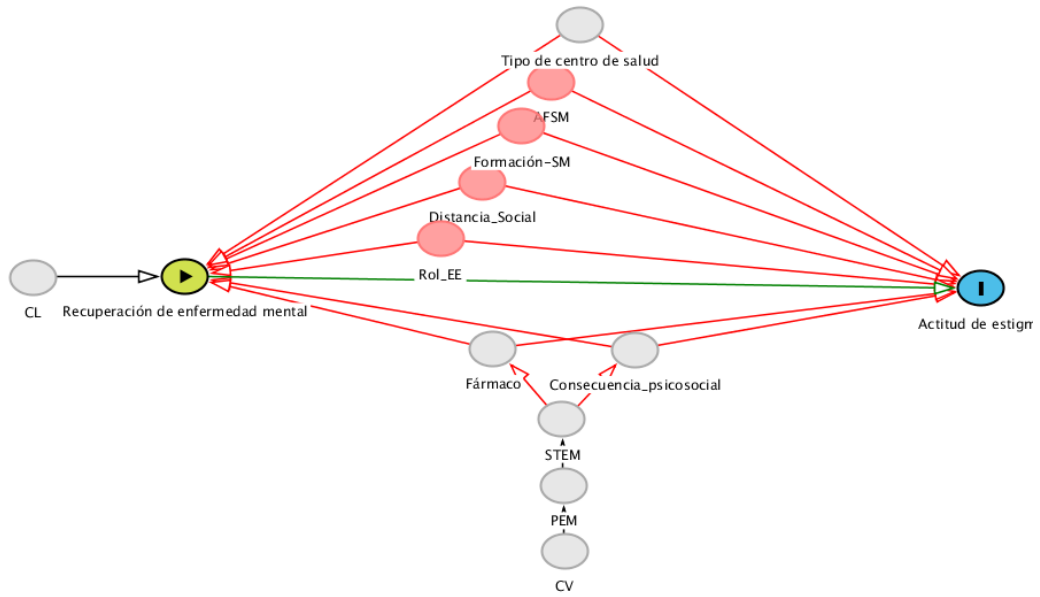
```
Ordered logit estimates                                Number of obs =          484
LR chi2(10) =          203.17
Prob > chi2 =          0.0000
Pseudo R2 =          0.1912
Log likelihood = -429.69911
```

z_oms	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
z_rasmi	-.6705857	.1210318	-5.54	0.000	-.9078036	-.4333677
demo_2b	.6417868	.2169379	2.96	0.003	.2165963	1.066977
edadcat	.1678968	.1528349	1.10	0.272	-.131654	.4674477
demo_4b	-.5832226	.2375116	-2.46	0.014	-1.048737	-.1177086
demo_6	-.1992287	.0980837	-2.03	0.042	-.3914692	-.0069882
demo_10	-.0008805	.119593	-0.01	0.994	-.2352785	.2335175
demo_12b	.1590096	.1283009	1.24	0.215	-.0924556	.4104748
demo_16b	1.191667	.1961298	6.08	0.000	.8072597	1.576074
p3_lab	-.5854812	.4731627	-1.24	0.216	-1.512863	.3419006
z_sds	.9559033	.1184037	8.07	0.000	.7238364	1.18797
_cut1	.2932584	.665668	(Ancillary parameters)			
_cut2	2.206211	.6755581				

```
Approximate likelihood-ratio test of proportionality of odds
across response categories:
      chi2(10) =      14.69
      Prob > chi2 =      0.1438
```

## Anexo 4

### Diagrama Aciclico Dirigido



## Anexo 4

### Cálculo de poder estadístico

---

<b>Ordered Categorical Variables Power Analysis</b>							
<b>Numeric Results for Two-Sample, Ordered-Categorical Test</b>							
Null Hypothesis: $\theta = 0$ Alternative Hypothesis: $\theta \neq 0$							
<b>Power</b>	<b>N1</b>	<b>N2</b>	<b>Log Odds Ratio <math>\theta</math></b>	<b>Alpha</b>	<b>Beta</b>	<b>Control Cat. 1 Prob. PC(1)</b>	<b>Exp'l Cat. 1 Prob. PE(1)</b>
0.9900	518	518	0.5000	0.0500	0.0100	0.4000	0.5236
1.0000	518	518	1.0000	0.0500	0.0000	0.4000	0.6444
1.0000	518	518	1.5000	0.0500	0.0000	0.4000	0.7492
1.0000	518	518	2.0000	0.0500	0.0000	0.4000	0.8313
1.0000	518	518	2.5000	0.0500	0.0000	0.4000	0.8904

---