



UNIVERSIDAD
DE ATACAMA

FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**ACTITUDES ESTIGMATIZANTES HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES
EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD DE UNA UNIVERSIDAD
DEL NORTE DE CHILE**

Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los requisitos para obtener el Título
de Psicólogo/a y el Grado de Licenciado/a en Psicología

Profesor Patrocinante: Mg. Alejandra Vega Álvarez

Matías Alfonso Álvarez Silva

Giovanna Mayerlin Ponce Sierra

Copiapó, Chile 2025

Agradecimientos

En primera instancia, deseo expresar mis más profundos y sinceros agradecimientos a quienes han caminado junto a mí en este largo recorrido. A quienes permanecen y a quienes hoy habitan como un bello recuerdo, gracias.

Con el corazón agradezco el apoyo incondicional de mis padres, quienes no solo se han asegurado de brindarme todo lo posible para hacerme feliz, sino también de ofrecer mucho más de lo necesario para que este proceso pudiera concretarse. A mi madre, por sostenerme con amor en los momentos de crisis; a mi padre, por velar siempre que nada me falte en ningún aspecto; y a Matías, por ayudarme a levantarme cada vez que sentí que no podía, por dejarme dormir unos “veinte minutitos más” para continuar escribiendo esta tesis, por cada traspase, por muchas veces sostenernos a los dos y por entregarme el valor que necesitaba para seguir adelante en este desafío que, por el amable curso del destino, comenzamos a recorrer juntos.

Asimismo, extiendo mi gratitud a las amables profesionales que conocí durante mi práctica en CAIS y en el Centro Despertar; gracias por otorgarme un espacio para desarrollar este trabajo, por los ánimos constantes y por la humanidad que acompañaron este proceso.

Al profesor Adolfo González, por su orientación en el análisis de datos; y muy especialmente a nuestra profesora Alejandra Vega, por guiarnos con paciencia, profesionalismo y afecto a lo largo de esta etapa.

Giovanna Ponce.

A lo largo del desarrollo de esta investigación recibí el apoyo y acompañamiento de diversas personas. Quiero agradecer profundamente a mis amistades, quienes estuvieron presentes en todo el proceso; a mi madre, que se preocupó por mi bienestar y me acompañó cada mañana; a mi padre, quien siempre se aseguró de que nada me faltara; y a mi hermano, quien, a su manera, me ayudó a recorrer este camino de forma más amena. Extiendo también un agradecimiento especial a mi primo Rafael, quien me mira desde el cielo como un ángel guardián y, estoy seguro, se siente orgulloso de verme cumplir una de mis metas de vida.

Deseo dedicar un espacio especial a Giovanna, quien me acompañó en cada etapa y me ayudó a focalizarme para concretar este trabajo. Me brindó su apoyo incondicional, sus palabras de ánimo y la fuerza para mantenerme firme durante este camino que hemos recorrido juntos. Estuvo ahí para levantarnos, para darme la energía que me faltaba y para ayudarme a comprender incluso cuando a mí me costaba un poco más. Llegué hasta aquí gracias a ella, y sé que este proceso no habría sido el mismo sin su compañía.

Finalmente, agradezco a todos los profesores que nos fueron formando durante estos años. En particular, expreso mi gratitud al profesor Adolfo González, quien nos brindó apoyo durante los análisis estadísticos, y a la profesora Alejandra Vega, quien, con total disposición, atendió nuestras dudas y consultas, ofreciéndonos una guía comprensiva y amable a lo largo de este año.

Matías Álvarez.

TABLA DE CONTENIDO

Agradecimientos	2
Resumen	2
Abstract	2
I. INTRODUCCIÓN	9
II. MARCO TEÓRICO	16
Bases teóricas del estigma	16
Conceptualizaciones del estigma en salud mental	19
Estudios empíricos sobre el estigma en estudiantes universitarios	21
III. METODOLOGÍA	28
Tipo de estudio, diseño y metodología	28
Selección de la muestra	29
Procedimiento de recolección de datos	30
Instrumentos	31
Plan de análisis de datos	36
Consideraciones éticas	38
IV. RESULTADOS	39
Objetivo específico 1: Identificar el nivel de actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales en los estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad al norte de Chile	40
Objetivo Específico 2: Examinar la relación entre la formación académica sobre salud mental y las actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales en los estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad al norte de Chile	42
Objetivo Específico 3: Examinar la relación entre el contacto directo o experiencias personales y las actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales en los estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad al norte de Chile	43

Objetivo Específico 4: Examinar las actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales en función de variables como el género, edad, diagnóstico propio, nivel y carrera cursada en estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad al norte de Chile	45
<i>Género</i>	45
<i>Edad</i>	46
<i>Carrera</i>	46
<i>Nivel académico</i>	47
<i>Diagnóstico propio</i>	48
V. DISCUSIÓN	50
VI. CONCLUSIÓN	56
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	67

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES O CUADROS

Tabla 3.1	34
Tabla 3.2	35
Tabla 4.1	39
Tabla 4.2	40
Tabla 4.3	41
Tabla 4.4	42
Tabla 4.5	43
Tabla 4.6	44
Tabla 4.7	45
Tabla 4.8	46
Tabla 4.9	47
Tabla 4.10	47
Tabla 4.11	48

Resumen

El objetivo de este trabajo de finalización de estudios fue analizar el estigma hacia las personas con trastornos mentales en estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad al norte de Chile. En este sentido, se consideraron variables como la formación académica, el contacto previo, presencia de diagnóstico propio, edad, género, carrera y nivel académico. El estudio se desarrolló mediante un diseño cuantitativo, no experimental descriptivo-correlacional y transversal, sustentado en el paradigma positivista y en definiciones clásicas y contemporáneas del estigma en sus dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales bajo el contexto de la salud mental. Participaron 184 estudiantes de niveles iniciales e intermedios, a quienes se aplicaron las escalas CAMI y OMS-HC para evaluar actitudes estigmatizantes. El análisis de datos se realizó mediante el software estadístico R, utilizando pruebas no paramétricas acordes a la naturaleza ordinal de los instrumentos. Se observaron niveles moderados de estigma en la muestra (CAMI: $M=32.65$; OMS-HC: $M=57.86$), destacando mayor tendencia a la distancia social. Se observaron puntajes más altos de estigma en quienes señalan contacto directo por experiencia académica, en comparación con quienes tuvieron contacto familiar o amistoso. El género masculino presentó niveles de estigma ligeramente superiores al femenino, y se identificó que la carrera de Medicina mostró puntajes más altos que Psicología, patrón consistente con investigaciones previas. Los hallazgos postulan que el estigma persiste incluso en esta población y que su disminución no ocurre de forma automática. Concluyendo que el fenómeno requiere intervenciones formativas sostenidas y contextualizadas para favorecer un ejercicio profesional más inclusivo y humanizado.

Palabras clave: estigma, actitudes, salud mental, estudiantes universitarios, trastornos mentales.

Abstract

The objective of this final degree project was to analyze stigma toward people with mental disorders among Psychology and Medicine students at a university in northern Chile. In this regard, variables such as academic training, prior contact, presence of a personal diagnosis, age, gender, degree program, and academic level were considered. The study was conducted using a quantitative, non-experimental, descriptive-correlational, and cross-sectional design, grounded in the positivist paradigm and in classical and contemporary definitions of stigma in its cognitive, affective, and behavioral dimensions within the context of mental health. A total of 184 students from initial and intermediate levels participated, and the CAMI and OMS-HC scales were administered to assess stigmatizing attitudes. Data analysis was performed using R statistical software, employing non-parametric tests consistent with the ordinal nature of the instruments. Moderate levels of stigma were observed in the sample (CAMI: $M = 32.65$; OMS-HC: $M = 57.86$), with a greater tendency toward social distance. Higher stigma scores were found among those who reported direct contact through academic experiences, compared to those who had family or friendship-based contact. Male participants showed slightly higher levels of stigma than female participants, and the Medicine program exhibited higher scores than Psychology, a pattern consistent with previous research. The findings suggest that stigma persists even within this population, and that its reduction does not occur automatically. The study concludes that the phenomenon requires educational interventions to be sustained and contextualized to promote a more inclusive and humanized professional practice.

Keywords: stigma, attitudes, mental health, university students, mental disorders.

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo corresponde a la tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología y el título de Psicólogo/a de la Universidad de Atacama. En este contexto, la propuesta de investigación aborda la problemática relacionada con el estigma. Cuyo concepto, según Goffman (1963), es un fenómeno social que surge cuando un individuo posee un atributo considerado desviado por las normas sociales, lo que provoca que sea percibido como inferior o menos humano. Este proceso no depende únicamente del atributo en sí, sino del significado social que se le otorga en la interacción con los demás.

En el caso de los trastornos mentales, este fenómeno cobra especial relevancia, considerando que la salud mental se ha convertido en una preocupación creciente a nivel global. Se estima que una de cada ocho personas padece algún tipo de trastorno mental, con un aumento considerable de casos relacionados con ansiedad (28%) y trastornos depresivos (26%) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En esta línea, Corrigan y Watson (2002) subrayan que el estigma hacia las personas con trastornos mentales se manifiesta mediante estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias, lo que dificulta la búsqueda de ayuda. Como consecuencia, quienes padecen condiciones como trastorno bipolar o esquizofrenia no solo deben lidiar con el deterioro de la funcionalidad, el profundo malestar emocional y el alto riesgo de suicidio asociados a estos (OMS, 2022) sino que además enfrentan las consecuencias sociales del estigma; representando una doble carga en la vida de quienes lo padecen (Corrigan, Druss y Perlick, 2014).

Esta realidad también se evidencia a nivel nacional. En Chile, el 62% de la población considera la salud mental como su principal preocupación sanitaria, superando el promedio mundial (Ipsos, 2022) sin embargo, un 17,1% no busca ayuda profesional. Esta brecha, entre necesidad y demanda, puede estar influida por el estigma

social asociado a los trastornos mentales, lo que refuerza la urgencia de fortalecer la educación y sensibilización en torno a la salud mental (Asociación Chilena de Seguridad [Achs] y Centro UC de Encuestas y Estudios Longitudinales, 2024; Bravo, 2024, como se citó en Pontificia Universidad Católica de Chile, 2024) no solo para informar al respecto, sino también para desmontar los prejuicios que dificultan el acceso al apoyo necesario.

Aunque este panorama afecta a la población general, cobra especial relevancia cuando se considera a la población universitaria, donde las actitudes estigmatizantes persisten en los estudiantes y pueden influir en la percepción pública sobre la salud mental, especialmente considerando que dichos estudiantes asumirán roles sociales o profesionales que impactan en estas temáticas (Jamieson et al., 2022; Selamat et al., 2024). Investigaciones recientes refieren que los universitarios presentan actitudes estigmatizantes similares a las de la población general; indicando niveles bajos a moderados (Gajardo et al., 2022; Ruiz et al., 2022; Atienza-Carbonell et al., 2024). Además, se señala que hay variables sociodemográficas que influyen en estas actitudes en los estudiantes, como el género, edad, cultura y nivel de estudios (Corrigan y Watson, 2002; Gajardo et al., 2022; Ruiz et al., 2022; Castro, 2023; Salinas-Oñate et al., 2023; Zabaleta et al., 2023; Atienza-Carbonell et al., 2024; Cova et al., 2024). Como también se ha evidenciado que el acceso a capacitación sobre salud mental dentro de las carreras universitarias influye en las actitudes estigmatizantes; tanto en el distanciamiento social hacia las personas diagnosticadas, como en la percepción de tratabilidad de los trastornos (Jamieson et al., 2022). Indicando que la formación profesional puede influir en las creencias de los estudiantes, conservándolas incluso después del término del proceso educativo (Ma y Hsieh, 2020). Por otra parte, la experiencia personal o cercana con personas diagnosticadas con trastornos mentales influye en el estigma, representando un factor protector frente al fenómeno cuando se destaca el contacto directo con personas con problemas de salud mental, presentando actitudes más empáticas y menos prejuiciosas (Ruiz et al., 2022; Zabaleta et al., 2023; Atienza-Carbonell et al., 2024).

Los estudiantes de ciencias de la salud representan a los futuros agentes de salud mental, quienes tendrán un rol clave en la atención, diagnóstico y/o acompañamiento de personas con trastornos mentales, influyendo directamente en la calidad del vínculo terapéutico, la adherencia al tratamiento y el bienestar de los usuarios (Corrigan y Watson, 2002). Los profesionales de la salud pueden presentar actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales, afectando la calidad de atención e incrementando la marginación social de los pacientes (Angermeyer y Dietrich, 2006; Navarro y Trigueros, 2019). Por esta razón, se considera pertinente investigar este fenómeno como un aporte para el futuro desarrollo de estrategias educativas que permitan reducir el estigma, ya que, se ha demostrado que con programas psicoeducativos y de contacto se pueden reducir los niveles de estigma significativamente en estudiantes de la salud (Corrigan et al., 2014; Thornicroft et al., 2016) con el objetivo de prevenir que dichas percepciones se trasladen al ejercicio profesional o al desarrollo social del grupo mencionado (Zabaleta et al. 2023).

Hasta el momento, tanto a nivel país como regional, la evidencia de estudios de estigma en estudiantes de carreras vinculadas a la salud, es escasa (Masedo et al., 2021; Rodríguez-Rivas et al., 2021; Salinas-Oñate et al., 2023). Centrando una parte en profesionales de la salud mental en ejercicio, en su mayoría pertenecientes al personal de atención primaria (Navarro y Trigueros, 2019; Grandón et al., 2021; Sapag, 2022; Cova et al., 2024). Esta brecha impide diseñar intervenciones formativas ajustadas a nuestra realidad sociocultural y refuerza la necesidad de generar datos propios que orienten planes de estudio y programas de sensibilización desde una perspectiva preventiva.

Considerando que la etapa universitaria es un momento decisivo para que los estudiantes no solo adquieran conocimientos técnicos, sino que también construyan su identidad profesional, definan sus valores y desarrollen actitudes que influyen en su desempeño laboral. Intervenir en esta fase permite influir de forma positiva en la construcción de una ética profesional basada en el respeto y la no discriminación; siendo esto de interés debido a que este grupo es quien permanece en contacto directo con

personas que viven con trastornos mentales, asumiendo un rol que se centra en su atención, acompañamiento y proceso terapéutico. Por tanto, evaluar estas conductas permite evaluar el estado actual del fenómeno, además de orientar intervenciones formativas oportunas antes del ingreso al mundo laboral.

Es por ello, que esta investigación se propone responder a la siguiente pregunta: ¿Existen actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales en estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad del norte de Chile? En función de ello, se plantea como objetivo general: analizar el estigma hacia personas con trastornos mentales en los estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad del norte de Chile. El cual se complementa a nivel específico con: 1) Identificar el nivel de actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales en los estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad al norte de Chile. 2) Examinar la relación entre la formación académica sobre salud mental y las actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales en los estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad al norte de Chile. 3) Examinar la relación entre el contacto directo y las actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales en los estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad al norte de Chile. 4) Examinar las actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales en función de variables como el género, edad, diagnóstico propio, nivel y carrera cursada en estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad al norte de Chile.

Con base en lo anterior, la investigación plantea las siguientes hipótesis: Los estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad al norte de Chile presentan actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales, influenciadas por el nivel de formación académica, el contacto directo y otras variables sociodemográficas.

H1. El nivel de actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales es moderado-bajo en los estudiantes de Psicología y Medicina.

H2. Existe relación inversa entre el avance en la formación académica sobre salud mental y las actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales.

H3. Existe relación inversa entre el contacto directo y las actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales.

H4. Existen diferencias significativas en el nivel de estigma en función de variables como edad, género, diagnóstico propio, nivel y carrera cursada.

Por otra parte, se ha identificado este problema porque conlleva un importante valor teórico, contribuyendo a suplir la limitada información existente, ya que a pesar del creciente interés por la salud mental en Chile, la evidencia de estudios de estigma en estudiantes de ciencias de la salud es escasa a nivel regional, dejando sin explorar esta etapa y limitando la capacidad de anticiparse ante la reproducción del estigma hacia los trastornos mentales en el ejercicio práctico. Por lo tanto, esta investigación busca contribuir con datos empíricos que puedan orientar políticas formativas en el ámbito académico, pertinentes con el contexto regional y de la institución aludida, para contribuir al fortalecimiento de mallas curriculares que incorporen contenidos específicos sobre el estigma, para una formación más integral y comprometida con la inclusión en salud mental. También como un elemento para reforzar los planes de bienestar y salud mental existentes; “considerando que la colaboración en red desempeña un papel crucial en la desestigmatización, creando espacios de diálogo abierto, que concedan la unión de esfuerzos académicos, sociales e institucionales, como agentes de cambio para transformar percepciones, que eduquen a la comunidad y promuevan prácticas inclusivas tanto en el ámbito formativo como laboral” (Universidad de Atacama, 2024. p. 13).

Por este motivo, el estudio se enmarca en el área de la psicología social, disciplina que analiza cómo las situaciones sociales afectan los estados mentales y la conducta individual, enfatizando el papel del entorno social en la configuración del comportamiento (Link y Phelan, 2001). Desde esta perspectiva, las actitudes estigmatizantes no surgen de forma aislada, sino que se configuran en función de normas culturales, contextos sociales y relaciones de poder que influyen en cómo se percibe y trata a las personas con trastornos mentales. La psicología social permite comprender que el estigma no se reduce a una etiqueta individual, sino que opera como

un fenómeno colectivo que se expresa mediante estereotipos, prejuicios y prácticas discriminatorias aprendidas y legitimadas socialmente (Goffman, 1963; Link y Phelan, 2001; Corrigan y Watson, 2002).

Esto permite analizar de qué manera, variables como el género, la formación académica o el contacto con personas diagnosticadas inciden en la aparición y persistencia de las actitudes estigmatizantes, lo que puede resultar relevante para el análisis de cómo los discursos sociales y las prácticas institucionales contribuyen a la persistencia del fenómeno, tanto a nivel individual como colectivo.

A partir de este enfoque, se adopta un diseño cuantitativo no experimental de tipo descriptivo-correlacional de corte transversal en el ámbito de la salud mental, puesto que busca caracterizar las actitudes estigmatizantes presentes en estudiantes de carreras del área de ciencias de la salud y explorar cómo estas se relacionan con variables sociodemográficas, sin manipular ninguna condición del entorno; permitiendo detallar las características de un fenómeno tal como ocurre en su contexto e identificando relaciones entre variables sin intervenir directamente en ellas (Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2023).

La población está compuesta por 184 estudiantes matriculados en las carreras de Psicología y Medicina de una universidad del norte de Chile, la cual se seleccionó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, incorporando aquellos alumnos que se encuentren disponibles y que voluntariamente aceptaron participar; este tipo de muestreo prioriza el acceso práctico a los participantes y no se requiere generalizar resultados a una población más amplia (Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2023). Del mismo modo, el tamaño de la muestra se definió de manera que garantizara precisión suficiente para estimar los niveles de estigma y explorar sus posibles relaciones con variables sociodemográficas.

Por lo cual, este trabajo de tesis se desarrolla en los siguientes apartados: En Capítulo I se presenta la introducción del estudio, donde se expone el problema de investigación, los objetivos, la justificación y el diseño general del trabajo. Además, en el Capítulo II se desarrolla el marco teórico y conceptual que sustenta la investigación, abordando las principales definiciones del estigma, su desarrollo en el ámbito de la salud mental y su relación con la formación académica, además de antecedentes empíricos nacionales e internacionales. Por otra parte, en el Capítulo III, se describe el diseño metodológico del estudio, detallando el enfoque, la muestra, los instrumentos y el procedimiento de recolección de datos. Por consiguiente, en el Capítulo IV, se presentan los resultados obtenidos según los objetivos planteados, mientras que en el Capítulo V, se expone la discusión, destacando las implicancias de los hallazgos. Finalmente, en el Capítulo VI se señala la conclusión, indicando las fortalezas, debilidades y proyecciones del estudio.

II. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se desarrollan los referentes teóricos y conceptuales que fundamentan esta investigación, centrada en el estigma hacia las personas con trastornos mentales en estudiantes de ciencias de la salud. Se abordan las principales definiciones teóricas del estigma, su manifestación en el ámbito de la salud mental y su relación con la formación universitaria, así como antecedentes empíricos que contextualizan el fenómeno a nivel nacional e internacional.

Bases teóricas del estigma

El término estigma proviene del griego antiguo stigma, que hacía referencia a una marca corporal infligida con hierro caliente sobre esclavos, criminales o personas consideradas moralmente inferiores, con el fin de identificarlas públicamente como deshonrosas o socialmente rechazadas (Goffman, 1963). En la actualidad, el concepto conserva esta carga simbólica, trasladada desde lo corporal hacia lo social y cultural. Diversos autores han descrito el estigma como una condición que desacredita profundamente a quien la porta, reduciendo su identidad social a algo incompleto o inferior frente a los estándares de normalidad (Goffman, 1963; Link y Phelan, 2001; Corrigan y Watson, 2002).

Erving Goffman (1963) enfatiza que este fenómeno no se encuentra en el rasgo en sí, sino en el significado que la sociedad le asigna en la interacción diaria, de modo que una “marca” percibida despoja al individuo de su identidad plena, situándolo en una posición de menor valor social.

Posteriormente, Link y Phelan (2001) amplían este enfoque desde una mirada estructural, en donde profundizan en los mecanismos que componen el proceso estigmatizante, destacando cinco elementos esenciales: identificación de una diferencia,

asociación con estereotipos negativos, separación simbólica entre “nosotros” y “ellos”, pérdida de estatus y finalmente exclusión.

“Estos elementos operan de manera articulada dentro de un contexto de relaciones de poder que perpetúan jerarquías sociales y legitiman la exclusión. Esta visión resulta particularmente útil para comprender cómo el estigma se institucionaliza en prácticas, discursos y políticas que refuerzan desigualdades, como puede observarse en los sistemas de salud o en el ámbito educativo” (Link y Phelan, 2001, p. 378).

En esta misma línea, Corrigan y Watson (2002) plantean que el estigma se compone de tres partes: los estereotipos (ideas erróneas como que las personas con trastornos mentales son peligrosas) los prejuicios (emociones negativas como miedo o rechazo) y la discriminación (acciones como excluir o limitar el acceso a servicios); estas tres dimensiones están conectadas entre sí y refuerzan el estigma.

En el caso específico de los trastornos mentales, el estigma tiende a agravarse por las creencias culturales y los prejuicios sociales que atribuyen a estas personas características negativas, dificultando su inclusión social y su acceso a tratamientos (Corrigan y Watson, 2002).

Además de su manifestación externa, el estigma puede estar interiorizado por las propias personas afectadas, proceso que se conoce como autoestigma. Esta forma de estigmatización implica que el individuo asume los estereotipos sociales como verdaderos, afectando su autoestima, autoeficacia y su disposición a buscar apoyo profesional (Corrigan et al., 2014).

De esta forma, el estigma impone una doble carga: por un lado, el rechazo social proveniente del entorno, y por otro, la autolimitación derivada de una visión negativa de sí mismo. En este contexto, Corrigan y colaboradores (2014) describen el fenómeno denominado “The Why Try Effect”, que se refiere a la renuncia anticipada a metas

personales o profesionales por parte de quienes han interiorizado el estigma, bajo la creencia que sus esfuerzos serán en vano.

Este efecto cobra especial relevancia en el ámbito de la formación de profesionales de la salud, ya que si los estereotipos hacia los trastornos mentales no son abordados críticamente durante la etapa formativa, existe el riesgo de que estas actitudes persistan en el ejercicio profesional, reforzando prácticas clínicas excluyentes o poco empáticas. Diversas investigaciones advierten que, aunque el avance académico puede influir en la disminución del estigma, esto no ocurre de forma automática ni sostenida, sin intervenciones formativas explícitas (Ma y Hsieh, 2020; Gajardo et al., 2022).

Estudios recientes han demostrado que la exposición a testimonios en primera persona y el contacto directo con personas diagnosticadas puede reducir significativamente los niveles de estigma, Corrigan et al., (2014) propone el modelo de “contacto habilitado”, en el cual estas interacciones guiadas, realizadas en contextos clínicos o educativos promueven el conocimiento, el cuestionamiento de estereotipos y fomentan actitudes más empáticas. Resultando como un recurso útil para la formación de estudiantes de carreras de la salud.

Según Corrigan et al. (2014), estas intervenciones basadas en el contacto pueden disminuir los prejuicios en un 40%, especialmente si son acompañados de espacios de reflexión guiada. Lo que respalda el uso de estrategias psicoeducativas y experienciales dentro de los planes formativos de carreras que estén vinculadas al tratamiento de la salud mental.

No obstante, también se ha advertido que estos cambios no son necesariamente duraderos si no se sostienen en el tiempo y no se integran de forma transversal en la formación académica (Ma y Hsieh, 2020; Zabaleta et al., 2023). Por ello, comprender las bases teóricas del estigma resulta crucial no solo para medir su presencia en los estudiantes, sino que también para fundamentar la implementación de estrategias

pedagógicas e institucionales que favorezcan entornos universitarios más inclusivos y comprometidos con el respeto a la salud mental.

En el contexto educativo, se ha evidenciado que el estigma hacia los trastornos mentales está presente incluso entre estudiantes de carreras afines a la salud, lo que representa una preocupación ética y formativa. Ruiz et al. (2022) plantean que, aunque el avance académico puede estar asociado con una mayor sensibilidad hacia la salud mental, la reducción del estigma no ocurre de manera automática, lo que subraya la necesidad de incorporar enfoques pedagógicos intencionados.

La integración de estos enfoques teóricos y empíricos permite sustentar la importancia de abordar el estigma como un fenómeno multidimensional y contextual, que puede ser medido y modificado.

Conceptualizaciones del estigma en salud mental

Este apartado de la investigación se estructura a partir de los principales conceptos y constructos derivados del enfoque teórico sobre el estigma en salud mental, con el propósito de delimitar con claridad las variables centrales, sus dimensiones y relaciones. Este marco permite guiar la formulación de los instrumentos de medición, el análisis de los resultados y la interpretación de los hallazgos.

En términos generales, el estigma se refiere a un proceso de desvalorización que ocurre cuando una persona o grupo es etiquetado negativamente por poseer una característica considerada socialmente inaceptable. Este proceso implica la construcción de significados culturales que marcan a ciertos individuos como “otros”, justificando su exclusión o tratamiento desigual dentro de una sociedad (Goffman, 1963; Link y Phelan, 2001; Corrigan y Watson, 2002).

Desde una mirada sociológica, Goffman (1963) define el estigma como un atributo profundamente desacreditador, que transforma a quien lo posee “de una persona completa y normal a una disminuida y desacreditada”. En este enfoque, el estigma no

reside en el atributo en sí, sino en la interpretación social que lo convierte en signo de desviación o anormalidad. En esta línea, el estigma social es una forma específica del estigma que se manifiesta a nivel colectivo, cuando una sociedad o grupo dominante construye representaciones negativas y deshumanizantes sobre ciertas personas, basadas en atributos como la salud mental, el origen étnico, el género o la condición socioeconómica. Estas representaciones difundidas por los medios, la cultura y las instituciones, legitiman la discriminación, la marginación y el trato desigual (Goffman, 1963; Link y Phelan, 2001; Corrigan y Watson, 2002).

Considerando este marco, el estigma en salud mental se define como un proceso social mediante el cual ciertas características, condiciones o diagnósticos son negativamente etiquetados, generando consecuencias de exclusión, discriminación y marginación (Goffman, 1963; Link y Phelan, 2001). Este proceso implica la construcción y difusión de estereotipos, la generación de prejuicios y la manifestación de conductas discriminatorias (Corrigan y Watson, 2002).

Estas se componen de dinámicas o actitudes, las cuales se dividen en tres dimensiones que permiten distinguir entre el pensamiento (estereotipo), la emoción (prejuicio) y la conducta (discriminación):

- Cognitiva: hace referencia a los estereotipos, o creencias generalizadas y negativas sobre las personas con trastornos mentales (por ejemplo, que son peligrosas o incompetentes).
- Afectiva: corresponde a los prejuicios, es decir, reacciones emocionales como el miedo, el rechazo o la compasión condescendiente.
- Conductual: se vincula con la discriminación, entendida como la manifestación de esos estereotipos y prejuicios en conductas de exclusión o negación de derechos.

Estas dimensiones, propuestas por Corrigan y Watson (2002), permiten entender el estigma como un fenómeno complejo que transita desde lo cognitivo a lo conductual.

Por otra parte, las variables sociodemográficas corresponden a lo que se denomina como variables de clasificación, es decir, características personales que permiten describir a la muestra y examinar si influyen en las variables principales del estudio. Su inclusión resulta pertinente para contextualizar los niveles de estigma y explorar posibles diferencias entre subgrupos de la población evaluada. (Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2023)

Estudios empíricos sobre el estigma en estudiantes universitarios

El presente subcapítulo tiene como propósito contextualizar empíricamente la problemática del estigma hacia personas con trastornos mentales, presentando investigaciones previas que han abordado esta temática en distintos contextos nacionales e internacionales. A partir de la revisión de literatura especializada, se sistematizan los principales hallazgos sobre las actitudes estigmatizantes en la población general, en el ámbito educativo y específicamente en estudiantes universitarios del área de la salud.

Se consideran estudios que permiten comprender cómo el estigma se expresa a través de estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias, así como las variables individuales, formativas y socioculturales que inciden en su persistencia o disminución. Además, se examinan investigaciones que han explorado el impacto del contacto con personas diagnosticadas, el nivel de formación académica y otros factores moduladores del estigma en contextos universitarios.

Diversos estudios han evidenciado que el estigma hacia los trastornos mentales no se restringe al ámbito social general, sino que también está presente entre profesionales de la salud, quienes desempeñan un rol fundamental en la atención de estos. Es por ello que explorar cómo el estigma y la discriminación percibidos influyen en el ejercicio clínico, resulta crucial para una mayor comprensión del fenómeno. En una revisión sistemática cualitativa, Tyerman et al. (2020) analizaron estudios publicados desde 2007 hasta 2018 en Norteamérica, Australia y el Reino Unido, identificando que tanto usuarios como profesionales perciben barreras similares que dificultan la atención centrada en la persona. Entre ellos, destacan la priorización

institucional de las enfermedades físicas, la afectación de la calidad del cuidado y el deterioro en la relación enfermero-usuario, lo cual refuerza actitudes estigmatizantes dentro del equipo de salud.

En esta misma línea, Jara-Ogeda et al. (2022) realizaron un estudio cualitativo con enfoque etnográfico en tres centros de salud mental en Chile, donde se evidenció que el estigma es reproducido mediante un modelo biomédico dominante. Este enfoque tiende a cronificar los diagnósticos, limitando la recuperación e influyendo negativamente en la identidad de los usuarios, quienes desarrollan una relación de dependencia frente al sistema. A esto se suman dinámicas de poder institucionales y tensiones entre las actuales políticas comunitarias y la formación profesional biomédica, que refuerzan dichas actitudes.

Lo que se ve complementado con estudios como Cova et al. (2024) quienes a través de un estudio mixto en trabajadores de salud mental de centros comunitarios y hospitales del nivel secundario en la Región del Bío-Bío, identificaron niveles generales bajos de estigmatización, no obstante, persistían actitudes de desconfianza en ámbitos como la intimidad o la delegación de responsabilidades importantes. La fase cualitativa complementó estos hallazgos, revelando prácticas como la minimización de capacidades, la desconsideración de opiniones de los usuarios y el pesimismo frente a sus procesos de recuperación, evidenciando una brecha entre el discurso y la práctica clínica. Además, se observó que un mayor nivel educativo se asoció con menor estigmatización, lo que plantea la relevancia de la formación profesional en la reproducción del estigma.

En conjunto, estos estudios coinciden en que el estigma no solo afecta la experiencia de los usuarios, sino que también se traduce a repercusiones importantes en el proceso de recuperación y formación de la identidad de estos. Además, evidencian que este fenómeno se encuentra profundamente vinculado a las estructuras formativas, organizacionales y relacionales dentro del propio sistema de salud, repercutiendo

directamente en la calidad del cuidado y en la implementación de enfoques comunitarios.

Aquello también se ve reflejado en las opiniones de los propios usuarios, quienes no solo identifican la presencia del estigma en el trato profesional, sino que también expresan una evidente preferencia por enfoques más humanos y comprensivos. Por ejemplo, Geffner et al. (2021), mediante entrevistas a 21 usuarios con trastorno mental grave atendidos en una ONG en Buenos Aires, identificaron que el estigma percibido se manifiesta en espacios sociales, promoviendo el ocultamiento y aislamiento. Los participantes destacaron el valor de prácticas humanizadas por sobre modelos centrados exclusivamente en la medicación, lo cual refleja una tensión persistente entre sus expectativas de cuidado y ciertas prácticas profesionales aún dominada por un enfoque biomédico.

Este aspecto se hace más visible en el estudio de Ponce-Correa y Caqueo-Urizar (2024) quienes mediante un enfoque mixto, a través de entrevistas a usuarios chilenos y el uso del instrumento ISMI-29, identificaron que el estigma internalizado, la resiliencia, la autoestima, el apoyo social y la confianza personal son factores clave para la recuperación. Si bien los participantes valoraron la adherencia farmacológica, los datos cuantitativos no respaldaron su impacto como factor central, lo que refuerza la necesidad de comprender la recuperación como un proceso multidimensional, en el que las actitudes y prácticas de los profesionales desempeñan un rol decisivo.

Si bien estos estudios evidencian como el estigma se revela en el ejercicio práctico y afecta profundamente la experiencia de los usuarios, considerar cómo estas actitudes se forman desde las etapas tempranas de la formación profesional resulta un punto necesario para la comprensión completa del fenómeno. Hay estudios que postulan que el nivel de formación académica junto a otras variables sociodemográficas como género, carrera, edad, experiencia o contacto previo con trastornos mentales y la exposición a asignaturas orientadas a la sensibilización en salud mental, comienzan a moldear las futuras prácticas clínicas.

Investigaciones como Grandón et al. (2022) y Masedo et al. (2021) coinciden en situar la etapa universitaria como un momento crítico en la formación de actitudes hacia la salud mental, demostrando que la orientación académica y la carrera cursada influyen directamente en los niveles de estigmatización. Ambos estudios, de carácter multicéntrico y comparativo, evaluaron actitudes estigmatizantes en estudiantes de enfermería, medicina, psicología y terapia ocupacional mediante las escalas MICA-2 y MICA-4. Por una parte, Grandón et al. observaron una disminución leve, pero significativa, del estigma tras las prácticas clínicas, mientras que Masedo et al. añadieron un componente internacional, encontrando niveles de estigma más altos en estudiantes chilenos que en españoles. En ambos casos, las carreras con un enfoque biomédico (medicina y enfermería) mostraron consistentemente mayores niveles de estigmatización en contraste con las disciplinas de corte más psicosocial (psicología y terapia ocupacional). En línea con esta evidencia, Gajardo et al. (2022) realizaron un estudio transversal en estudiantes y docentes de Terapia Ocupacional en Santiago de Chile, utilizando el cuestionario OMS-HC. Aunque se identificó un nivel moderado-bajo de estigma (promedio = 42,2), los puntajes fueron más altos en estudiantes de primer año, lo que sugiere que los años de formación académica pueden desempeñar un papel reductor del estigma en el proceso de formación.

De forma integrada, estos hallazgos proporcionan la idea de contemplar el nivel de formación académica y la carrera cursada como un factor determinante en el desarrollo de actitudes hacia la salud mental. Sin embargo, a pesar de las diferencias entre disciplinas, también hay estudios que postulan que la variable de exposición previa a asignaturas orientadas hacia la salud mental o a estrategias pedagógicas vinculadas a esta temática, pueden incidir directamente en la reducción del estigma en estudiantes universitarios.

Autores chilenos como Rodríguez-Rivas et al. (2021) evaluaron la eficacia de un programa virtual en estudiantes de ciencias de la salud sin formación previa en psiquiatría, en el cual participaron 40 alumnos de pregrado de la Universidad del

Desarrollo. A través de un diseño pre y post mediciones, se identificó que el grupo que recibió la intervención mostró una disminución considerable del estigma. En México, Márquez-Cervantes et al. (2023) mediante un estudio transversal a estudiantes de medicina, reportaron una reducción de estigma tras un curso de psiquiatría, aunque se observó una disminución en el interés por profundizar en el área, aludiendo que la mejora actitudinal no garantiza un mayor compromiso profesional. Por otra parte, Querido et al. (2020) encontraron mejoras significativas en actitudes estigmatizantes y ansiedad hacia los trastornos mentales, a través de una intervención para reducir estigma y ansiedad intergrupala en estudiantes de enfermería. De forma similar, Ma y Hsieh (2020) en Taiwán, diseñaron un curso antiestigma para estudiantes de terapia ocupacional, en el que sus efectos se mantuvieron incluso un año después, evidenciando una reducción sostenida del estigma y distancia social. Mientras que en Estados Unidos Jamieson et al. (2022) también hallaron efectos positivos, aunque leves, en estudiantes de psicología tras un semestre de clases, particularmente en la percepción de tratabilidad, estigma hacia la ansiedad y reducción de la distancia social frente a trastornos mentales graves como la esquizofrenia.

De igual manera, la variable de contacto directo con personas con trastornos mentales se constituye como un factor igualmente relevante en la presencia de actitudes estigmatizantes. Hallazgos como Brescia et al. (2021) mediante estudiantes de medicina en Uruguay, evidenciaron que aquellos que tuvieron contacto directo con pacientes durante sus prácticas clínicas mostraron una mayor comprensión de la enfermedad mental y menores niveles de estigma. Del mismo modo, Madoz-Gúrpide et al. (2023) con un diseño de casos y controles en estudiantes universitarios europeos, evaluaron el impacto del voluntariado en las percepciones estigmatizantes. Se identificó que quienes tenían experiencia en servicios hacia personas diagnosticadas presentaban niveles significativamente menores de estigma.

En adición a la experiencia personal o contacto previo con los trastornos mentales, diversos autores han comparado el fenómeno con otras características sociodemográficas, como el género, la edad, o el conocimiento. En este sentido, Ruiz et

al. (2022) analizaron el estigma en estudiantes de primer año de diversas carreras en la Universidad de Valencia y encontraron que el estigma variaba según género, carrera cursada y experiencia previa: las mujeres y los estudiantes de áreas afines a la salud y la educación mostraron actitudes menos estigmatizantes.

En semejanza, Atienza-Carbonell et al. (2024) compararon estudiantes universitarios con población general en España, identificando que los primeros tenían mayor conocimiento sobre salud mental, especialmente en el componente de culpabilidad. Además, los resultados mostraron que las personas de mayor edad tendían a expresar actitudes más estigmatizantes, mientras que las mujeres y quienes habían mantenido contacto previo con personas con trastornos mentales presentaban actitudes más positivas.

Una tendencia similar se identifica en Zabaleta et al. (2023) quienes, empleando un estudio descriptivo con estudiantes de la Universidad de Burgos en España, hallaron que el estigma variaba según género, edad y área de estudios, además del contacto previo ya mencionado en estudios anteriores. Se evidenció que los hombres expresaban actitudes más discriminatorias, mientras que quienes habían tenido contacto directo con personas con trastornos mentales mostraron actitudes significativamente menos estigmatizantes. Finalmente, Salinas-Oñate et al. (2023) en una investigación realizada en estudiantes universitarios de La Araucanía durante la pandemia, se indicó que los niveles de estigma en hombres son mayores y que a su vez se relaciona con la renuencia a buscar ayuda, además de diferencias de género en el conocimiento y malestar emocional.

En suma con los resultados de los antecedentes comprobados, se puede decir que las actitudes hacia los trastornos mentales está influenciado por múltiples variables sociodemográficas y contextuales. Factores como el género, el nivel académico, el área de formación, la exposición a asignaturas ligadas a la salud mental, el conocimiento y el contacto previo con personas diagnosticadas se han planteado como los elementos principales que se relacionan con el estigma. Además, el género masculino, y quienes

poseen una falta de interacción, de experiencias o de información sobre los trastornos mentales, son quienes tienden a presentar una postura más prejuiciosa frente a quienes cuentan con un diagnóstico. Por otra parte, se plantea que elementos como la edad también ha causado impacto en la percepción de los trastornos. Por último, se evidencia que la mayoría de las investigaciones se han concentrado en regiones centrales de Chile, dejando en segundo plano al contexto universitario del norte de Chile. Esto se transforma en una brecha que resulta importante si se considera que las realidades educativas son diversas a lo largo del país, y pueden influir de distintas maneras en la construcción de actitudes hacia la salud mental.

III. METODOLOGÍA

El presente capítulo describe el enfoque metodológico adoptado para la investigación, detallando su coherencia con los objetivos planteados, la pregunta de investigación y la naturaleza del fenómeno estudiado. En primer lugar, se justifica el paradigma cuantitativo y el diseño no experimental de tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal (Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2023) los cuales resultaron pertinentes para examinar las actitudes estigmatizantes hacia los trastornos mentales en estudiantes de Psicología y Medicina. Asimismo, se precisan las características de la muestra de estudio, los criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos de recolección de datos y el plan de análisis estadístico. Finalmente, se abordan los aspectos éticos que guiaron la investigación, garantizando la protección de los participantes y la confidencialidad de la información recopilada.

Tipo de estudio, diseño y metodología

La presente investigación se sustentó en el paradigma positivista, el cual se entiende como una postura epistemológica de carácter objetivista, que sostiene que solo el conocimiento obtenido de la experiencia puede considerarse como científico, dejando de lado ideas previas o conceptos universales. Para esta corriente, los hechos son la única realidad válida (León, 2012 citado en Villegas y Alfonzo, 2021). Por eso, el conocimiento debe ser objetivo y describir los hechos tal como se plantean, ya que la realidad existe por sí misma, sin ser influenciada por interpretaciones, teorías o valores personales del investigador (Villegas y Alfonzo, 2021). De esta base se desprende el enfoque cuantitativo, que de acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres (2022), se caracteriza por la recolección y análisis de datos numéricos de forma objetiva, buscando establecer patrones, relaciones y generalizaciones. Lo cual resultó como la perspectiva más pertinente para explorar y analizar las actitudes estigmatizantes hacia los trastornos mentales en estudiantes universitarios, tomando en cuenta su relación con variables como género, edad, nivel académico, carrera cursada, contacto previo con

personas diagnosticadas y formación previa a asignaturas orientadas a la sensibilización en salud mental o al desarrollo de estrategias pedagógicas vinculadas a esta temática. Diversos estudios han señalado que estos factores pueden influir en la configuración de las actitudes hacia personas con trastornos mentales. El análisis de dichas variables permitirá no solo caracterizar la muestra, sino también explorar posibles patrones diferenciales de estigma, en línea con lo reportado en investigaciones previas realizadas en contextos educativos similares (Ruiz et al., 2022; Zabaleta et al., 2023).

En coherencia con ello, se empleó un diseño de investigación cuantitativo, no experimental, de tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal (Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2022), ya que permitió describir las actitudes estigmatizantes manifestadas por los estudiantes hacia las personas con trastornos mentales, así como analizar la relación entre dichas actitudes y diversas variables sociodemográficas. Implicando la no manipulación de las variables independientes, ni estableciendo grupos de control, lo que permitió observar el fenómeno tal como se presenta en su contexto natural, respetando la realidad de la población universitaria estudiada (Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2022). Asimismo, la recolección de datos se realizó en un único momento, lo que permitió obtener una visión panorámica del nivel de estigma presente en el periodo de aplicación, lo que fue adecuado para abordar fenómenos sensibles como la discriminación y el estigma en salud mental, evitando intervenciones que pudieron interferir artificialmente las actitudes de los participantes (Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2022).

Selección de la muestra

La muestra utilizada para la realización de esta investigación estuvo constituida por estudiantes regulares de las carreras de Psicología y Medicina de una universidad del norte de Chile. Este muestreo fue elegido de modo no probabilístico por conveniencia, debido a la accesibilidad y disponibilidad de este, sin aplicar procedimientos de selección aleatoria (Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2022). Se consideró como la opción más pertinente para facilitar el proceso de recolección de datos, enfocando su aplicación en niveles iniciales e intermedios de formación,

correspondientes a los niveles académicos 100, 300 y 400, según la malla curricular institucional. Permitiendo comparar actitudes estigmatizantes en función del avance académico, su relación con la exposición a contenidos clínicos y/o experiencias prácticas. Como criterios de inclusión, se determinó como factor principal estudiantes mayores de edad con matrícula vigente en dicha universidad al momento de la recolección de datos. Por otro lado, como exclusión se consideraron alumnos que no se encontraran matriculados en dicha universidad y que no resultaran pertenecientes a las carreras mencionadas.

Para verificar el cumplimiento de los criterios se aplicó un cuestionario inicial, el cual solicitó a los participantes indicar la carrera y nivel académico que están cursando actualmente. Además, antes de responder al instrumento, se consideró la participación voluntaria mediante la firma de un consentimiento informado que explicitó los contenidos, la confidencialidad de la información y el derecho a retirarse en cualquier momento del estudio sin consecuencias.

Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos, se utilizó la plataforma digital Google Forms, la cual permitió aplicar cuestionarios autoadministrados de forma flexible, segura y accesible desde diversos dispositivos (Carvajal, 2023). Esta herramienta facilitó la inclusión de distintos tipos de preguntas, la recopilación de respuestas en tiempo real y la organización en hojas de cálculo, optimizando así la gestión y el posterior análisis de información (Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2022). Esto permitió diseñar un formulario digital estructurado con la información del consentimiento informado y los instrumentos de medición.

Para acceder a la muestra se siguieron los conductos regulares correspondientes, a través del contacto directo con directores de la carrera y una presentación del objetivo e intenciones de la investigación con la finalidad de transparentar el procedimiento, lo que facilitó el acceso a la muestra durante las fechas acordadas. Además, el alcance de los cuestionarios se realizó mediante códigos QR presentados durante las clases de

dichas carreras seleccionadas. Permitiendo el alcance voluntario de todos los estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Previo al inicio del cuestionario, se presentó un consentimiento informado, explicando los objetivos, la confidencialidad, la voluntariedad y la ausencia de riesgos para los participantes, facilitando el ingreso a la encuesta de solo quienes hayan leído y aceptado.

Una vez recopilada la información, los datos se descargaron directamente desde Google Forms en una hoja de cálculo, el cual fue procesado mediante R Studio para la realización de los análisis estadísticos descriptivos y correlacionales. Cabe destacar que todos los registros se mantuvieron anónimos y codificados, garantizando la privacidad de los participantes.

Instrumentos

Para evaluar la variable Estigma se utilizaron dos instrumentos estandarizados ampliamente empleados en investigaciones nacionales e internacionales: la escala *Community Attitudes toward the Mentally Ill* (CAMI) y el *Opening Minds Scale for Health Care Providers* (OMS-HC). Ambos instrumentos han sido previamente adaptados y validados en población chilena, lo que respalda su pertinencia para la evaluación de actitudes estigmatizantes en contextos educativos y sanitarios.

Para medir las actitudes comunitarias hacia las personas con trastornos mentales se aplicó la *Community Attitudes toward the Mentally Ill* (CAMI), desarrollada originalmente por Taylor y Dear (1981) y posteriormente adaptada al contexto chileno (Grandón et al., 2016). La adaptación consistió en ajustes lingüísticos destinados a asegurar su comprensión en población chilena, lo que implicó la modificación de algunos reactivos.

La versión chilena identifica dos dimensiones: Aceptación (ítems 1, 2, 3, 4 y 5) y Rechazo a la Instalación de Centros de Salud Mental en la Comunidad (ítems 6, 7, 8, 9,

10), cada uno compuesto por cinco ítems agrupados secuencialmente. El instrumento presenta un formato de respuesta tipo Likert de cinco alternativas, desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”. La escala total comprende 10 ítems, lo que permite obtener puntajes entre 10 puntos, que representan actitudes más estigmatizantes, y 50 que representan actitudes menos estigmatizantes. Por lo cual, un puntaje más alto, ya sea en la escala total como en alguna de las dos dimensiones, representa actitudes más favorables hacia las personas con trastornos mentales, y, por tanto, menor estigma. Es importante señalar que la CAMI no establece puntos de corte normativos para clasificar los resultados en niveles rígidos de estigma, por lo que su interpretación se basa en estadísticos descriptivos como la media, la desviación estándar y valores mínimos y máximos observados. Respecto a su confiabilidad, la adaptación reporta valores de alfa de Cronbach de 0.61 para el factor Aceptación, 0.66 para el factor Rechazo a la Instalación de Centros de Salud Mental en la Comunidad, y 0.69 para la escala total (Grandón et al., 2016), alcanzando niveles adecuados para su uso en población universitaria.

Para evaluar las actitudes estigmatizantes en el ámbito profesional-sanitario se utilizó el *Opening Minds Scale for Health Care Providers* (OMS-HC), elaborado por Kassam et al. (2012) y validado posteriormente por Modgill et al. (2014). La versión chilena utilizada en esta investigación presenta un Índice de Validez de Contenido global de 0.88 (Sapag et al., 2019; Gajardo et al., 2021). Además, para su administración en estudiantes de carreras de ciencias de la salud, como Medicina y Psicología, se realizó una adaptación en la consigna inicial con el fin de resguardar su validez contextual. Por lo cual, se proporcionó la instrucción de responder situándose en el rol profesional, considerando tanto sus experiencias en prácticas clínicas como su futura labor en servicios de salud.

El OMS-HC consta de 20 ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van desde “completamente en desacuerdo” hasta “completamente de acuerdo”. El puntaje total varía entre 20 y 75 puntos, interpretándose que valores más altos representan mayores niveles de estigma hacia las personas con trastornos mentales.

Cabe destacar, que algunos ítems requieren puntuación inversa siguiendo la fórmula propuesta por Kassam et al. (2012): $\text{puntaje invertido} = 6 - \text{respuesta original}$. Los ítems invertidos corresponden a los números 3, 8, 9, 10, 11, 15 y 19. La escala está organizada en tres dimensiones según su estructura original: Actitudes Hacia las Personas con Enfermedad Mental (ítems 1, 2, 4, 5, 7, 12 y 13), Divulgación y Búsqueda de Ayuda (ítems 3, 8, 9, 10 y 11) y Distancia Social (ítems 6, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20). Cada una de estas dimensiones conserva la orientación interpretativa en la que los puntajes más altos reflejan actitudes más estigmatizantes.

Al igual que la escala CAMI, el OMS-HC no presenta puntos de corte normativos, por lo que los puntajes fueron analizados a partir de medias, desviaciones estándar y correlaciones con variables sociodemográficas, según lo recomendado en las validaciones existentes (Sapag et al., 2019; Gajardo et al., 2022).

Hasta la fecha, esta adaptación sigue siendo la versión nacional más actualizada y ha sido utilizada como referencia en investigaciones recientes con población universitaria (Masedo et al., 2021), lo que respalda su pertinencia para evaluar actitudes estigmatizantes en este grupo de estudio.

Ambas escalas fueron complementadas con un cuestionario sociodemográfico diseñado por los investigadores, que consideró variables como edad, género, carrera cursada, nivel académico, contacto previo y experiencias personales con personas diagnosticadas con trastornos mentales. Este fue sometido a revisión por juicio de expertos, a través de profesionales del área de la psicología con experiencia en investigación cuantitativa y salud mental, con el fin de garantizar su pertinencia, claridad y adecuación al contexto universitario.

Ambas escalas se seleccionaron por su validez y confiabilidad comprobadas en estudios realizados en población chilena (Grandón et al., 2016; Sapag et al., 2022; Gajardo et al., 2022). En nuestro estudio, estos instrumentos fueron administrados de forma digital mediante formularios en línea y sus respuestas se codificaron de acuerdo

con las instrucciones de puntuación de cada versión adaptada, interpretándose sus resultados conforme a lo reportado en sus respectivas validaciones para población chilena; permitiendo valorar de manera objetiva las actitudes estigmatizantes en la muestra estudiada y garantizando coherencia con estudios previos, manteniendo la comparabilidad de los datos. Asimismo, se emplearon pruebas Wilcoxon Rank-Sum para comparaciones entre dos grupos y la prueba de Kruskal-Wallis para variables con tres o más categorías, por tratarse de alternativas no paramétricas adecuadas para datos tipo Likert (Hernández-Sampieri & Mendoza-Torres, 2023).

Para clarificar la estructura conceptual de las escalas empleadas, se definen operativamente las dimensiones del CAMI y del OMS-HC en relación con los componentes cognitivo, afectivo y conductual del estigma, tal como se presenta en las Tablas 3.1 y 3.2.

Tabla 3.1

Operacionalización de las variables de escala CAMI

Dimensión del estigma (teórica)	Descripción de la dimensión	Dimensión del instrumento (CAMI)	Indicador (ítems)	Concepto operacional	Puntajes totales e interpretación
Cognitiva	Hace referencia a los estereotipos, o creencias generalizadas y negativas sobre las personas con trastornos mentales (Corrigan y Watson, 2002).	Aceptación	Ítems 1–5	Puntuación obtenida en la subescala Aceptación del CAMI.	Mayor puntaje = mayor aceptación y menor estigma. Menor puntaje = creencias más negativas.
Afectiva	Corresponde a los prejuicios, es decir, reacciones emocionales como el miedo, el				

		rechazo o la compasión condescendiente			
Conductual	Se vincula con la discriminación, entendida como la manifestación de esos estereotipos y prejuicios en conductas de exclusión o negación de derechos (Corrigan y Watson, 2002).	Rechazo a la instalación de centros de salud mental en la comunidad.	Ítems 6-10	Puntuación obtenida en la subescala Rechazo del CAMI.	Al ser puntajes invertidos. Mayor puntaje = menor rechazo y menor estigma. Menor puntaje = mayor rechazo y mayor estigma.

Tabla 3.2

Operacionalización de las variables de escala OMS-HC

Dimensión del estigma (teórica)	Descripción de la dimensión	Dimensión del OMS-HC	Indicador (Ítems)	Concepto operacional	Puntajes totales e interpretación
Cognitiva	Hace referencia a los estereotipos, o creencias generalizadas y negativas sobre las personas con trastornos mentales	Actitudes hacia personas con enfermedad mental	Ítems 1, 2, 4, 5, 7, 12 y 13	Puntaje obtenido por la suma de los ítems de la subescala que evalúan creencias y reacciones hacia personas con enfermedad mental.	Puntaje máximo 30. A mayor puntaje, mayor estigma en las actitudes.

Afectiva	corresponde a los prejuicios, es decir, reacciones emocionales como el miedo, el rechazo o la compasión condescendiente.	Divulgación / búsqueda de ayuda	Ítems 3, 8, 9, 10 y 11 (incluye ítems invertidos)	Puntaje obtenido por la suma de ítems asociados a disposición emocional para revelar un problema de salud mental o buscar ayuda profesional.	Puntaje máximo 20. A mayor puntaje, mayor estigma y menos disposición a divulgar/buscar ayuda.
Conductual	Se vincula con la discriminación, entendida como la manifestación de esos estereotipos y prejuicios en conductas de exclusión o negación de derechos (Corrigan y Watson, 2002).	Distancia social	Ítems 6, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20	Puntaje obtenido por la suma de ítems que evalúan comportamientos de rechazo, evitación o incomodidad ante la interacción con personas con trastornos mentales.	Puntaje máximo 25. A mayor puntaje, mayor discriminación y mayor distancia social.

Plan de análisis de datos

Una vez recopilados los datos, estos se exportaron y se analizaron utilizando el software estadístico R (R Core Team, 2024). Este constituye un entorno de programación y análisis de datos reconocido por su robustez y su carácter de código

abierto. La elección de este programa resultó pertinente por su capacidad para gestionar grandes volúmenes de datos, la posibilidad de documentar scripts reproducibles y la amplia disponibilidad de paquetes estadísticos (Field, 2012).

Para examinar las diferencias en las actitudes estigmatizantes según las variables mencionadas, se utilizaron pruebas no paramétricas, dado que los puntajes derivados de las escalas CAMI y OMS-HC provienen de formatos tipo Likert y, por tanto, corresponden a mediciones de naturaleza ordinal que no garantizan intervalos equivalentes entre categorías ni el cumplimiento de supuestos paramétricos clásicos, como la normalidad (Hernández-Sampieri & Mendoza-Torres, 2023). En esta línea se señala que las pruebas basadas en rangos como Wilcoxon Rank-Sum y Kruskal-Wallis constituyen alternativas adecuadas para cuando los datos no cumplen estos supuestos o provienen de escalas ordinales (Field, 2012).

En coherencia, para variables categóricas con dos grupos, se aplicó la prueba Wilcoxon Rank-Sum (Mann–Whitney U), mientras que para variables con tres o más categorías se empleó la prueba Kruskal–Wallis, alternativa no paramétrica al ANOVA de una vía. Cuando Kruskal–Wallis indicó diferencias globales significativas, se realizaron comparaciones múltiples mediante el test de Dunn, utilizando el ajuste de Holm para controlar el error tipo I. En las tablas de resultados se presentan los valores de estadísticos W o χ^2 , junto con los valores de p correspondientes al nivel de significancia establecido ($p < .05$) (Field, 2012).

Basándonos en estas consideraciones, la utilización de pruebas no paramétricas resultó metodológicamente pertinente en este estudio, ya que los puntajes de las escalas CAMI y OMS-HC no cumplen los supuestos de normalidad ni igualdad de varianzas requeridos por técnicas paramétricas, garantizando así un análisis más adecuado y riguroso de los datos. Asimismo, se calcularon estadísticos descriptivos (frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar) con el objetivo de caracterizar a la muestra y describir el comportamiento de las puntuaciones obtenidas en los instrumentos CAMI y OMS-HC.

Consideraciones éticas

La presente investigación se ajustará a los principios éticos de respeto, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia que rigen la investigación en ciencias sociales y de la salud (Hernández-Sampieri & Mendoza-Torres, 2023). Para garantizar la protección de los participantes, se aplicará un consentimiento informado de forma previa al empleo de los instrumentos. Este consentimiento explicará que la participación es voluntaria, anónima y sin costo ni retribución económica. Los estudiantes podrán retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas y tendrán total libertad para omitir respuestas si así lo desean. Además, se asegura que la aplicación de los cuestionarios no implica riesgo alguno para la integridad física o psicológica de los participantes.

Los datos recolectados serán tratados conforme a lo establecido en la Ley 19.628 sobre Protección de la Vida Privada, asegurando la confidencialidad, anonimización y resguardo de la información en archivos protegidos, accesibles únicamente para los investigadores responsables. Además, los titulares tienen el total derecho a cancelar u oponerse al tratamiento de sus datos (Ley N.º 19.628, 1999). Asimismo, se informará a los participantes que los resultados se utilizarán exclusivamente con fines científicos y académicos para contribuir al conocimiento sobre las actitudes estigmatizantes hacia los trastornos mentales en población universitaria. Finalmente, se dispondrá de los contactos del equipo de investigación para resolver dudas o consultas.

IV. RESULTADOS

Para la realización de este estudio se encuestó a un total de 184 participantes, de los cuales un 59,2% (n=109) estaba compuesto por el género femenino, y el otro 39,7% (n=73) señala pertenecer al género masculino. Asimismo, un 0,5% (n = 1) se identificó con la categoría otro, mientras que un 0,5% (n = 1) prefirió no declararlo. Además, dentro de ello, un 46,7% (n=86) pertenecía al nivel 100, seguido por un 37,5% (n=69) correspondiente al nivel 300 y un 15,8% (n=29) indicó cursar nivel 400.

Respecto al contacto directo con personas que presentan algún trastorno de salud mental, un 82,1% (n=151) manifiesta haber contado con dicha experiencia, mientras que un 17,9% (n=33) señaló no haber tenido contacto de este tipo. Además, un 83,2% (n=153) cuenta con formación académica respecto a temas relacionados con salud mental, siendo solo un 16,8% (n=31) que señaló no contar con este dato. Asimismo, un 60,3% (n=111) reportó contar con un cercano con diagnóstico formal de salud mental (familiares o amigos), mientras que el 39,7% (n=73) revela no tener personas cercanas con diagnóstico.

Finalmente, respecto a la presencia de diagnóstico personal, un 22,3% (n=41) señaló haber recibido algún diagnóstico formal de salud mental, mientras que un 77,7% (n=143) evidencia no contar con uno.

Tabla 4.1

Caracterización de la muestra

Variable	Categoría	N	%
Género	Femenino	109	59.2
	Masculino	73	39.7
	Otro	1	0.5
	Prefiere no declarar	1	0.5

Nivel académico	Nivel 100	86	46.7
	Nivel 300	69	37.5
	Nivel 400	29	15.8
Contacto directo	Sí	151	82.1
	No	33	17.9
Formación académica	Sí	153	83.2
	No	31	16.8
Familiares o amigos con diagnóstico	Sí	111	60.3
	No	73	39.7
Diagnóstico personal	Sí	41	22.3
	No	143	77.7

Objetivo específico 1: Identificar el nivel de actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales en los estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad al norte de Chile

En la Tabla 4.2 se presentan los puntajes totales obtenidos en las medidas de actitudes estigmatizantes aplicados a la muestra completa (N = 184). En el cuestionario CAMI, se observó una media de 32.65 puntos (D.E. = 3.15), con valores que oscilaron entre 24 y 42 puntos. Por otra parte, en el OMS-HC, la media fue de 57.86 (D.E. = 6.01), observándose valores mínimos de 30 y máximos de 75. En conjunto, indica que la muestra presenta un nivel moderado de actitudes estigmatizantes hacia las enfermedades mentales.

Tabla 4.2

Puntajes Totales de Actitudes Estigmatizantes

Instrumento	N	Media	D.E	Mín.	Máx.
CAMI	184	32.65	3.15	24	42
OMS-HC	184	57.86	6.01	30	75

Nota. CAMI: puntajes altos = menor estigma; OMS-HC: puntajes altos = mayor estigma.

Asimismo, en la Tabla 4.3, se indican los puntajes obtenidos en las distintas dimensiones de ambos instrumentos. En la dimensión Aceptación del cuestionario CAMI, los participantes obtuvieron una media de 3.88 (D.E. = 0.40), lo que refleja actitudes mayoritariamente favorables hacia las personas con trastornos mentales. En adición, en la dimensión Rechazo a la Instalación de Centros de Salud Mental en la Comunidad, la muestra presentó una media de 2.66 (D.E. = 0.46), lo que refleja actitudes moderadamente menos favorables hacia la instalación de dichos centros en comparación con la otra dimensión evaluada.

Respecto del instrumento OMS-HC, la dimensión Actitudes Profesionales presentó una media de 1.98 (D.E. = 0.60), indicando niveles bajos a moderados de estigma en el contexto del desempeño clínico. Por otra parte, la dimensión Distancia Social obtuvo una media de 3.93 (D.E. = 0.48), siendo esta la puntuación más alta del instrumento y reflejando una mayor tendencia a mantener distancia o evitación en contextos de interacción cercana. Finalmente, en la dimensión Divulgación/Búsqueda de ayuda, se observó una media de 2.19 (D.E. = 0.59), lo cual sugiere una posición relativamente abierta hacia la divulgación o búsqueda de apoyo en salud mental, aunque con cierto grado de ambivalencia.

Tabla 4.3

Puntaje Total de Actitudes Estigmatizantes por Dimensiones

Dimensión	N	Media	D.E
Aceptación (CAMI)	184	3.88	0.40

Rechazo (CAMI)	184	2.66	0.46
Actitudes profesionales (OMS-HC)	184	1.98	0.60
Distancia social (OMS-HC)	184	3.93	0.48
Divulgación/Búsqueda de ayuda (OMS-HC)	184	1.81	0.59

Objetivo Específico 2: Examinar la relación entre la formación académica sobre salud mental y las actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales en los estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad al norte de Chile

La Tabla 4.4 indica que no se hallaron diferencias significativas en ninguno de los instrumentos aplicados en relación con la formación académica y las actitudes estigmatizantes de la muestra. En el CAMI, la prueba no mostró diferencias entre los grupos ($\chi^2 = 0.98$, $p = .612$), observándose medias similares entre quienes reportaban contar con formación ($M = 3.28$), quienes no ($M = 3.21$) y quienes no estaban seguros ($M = 3.23$). De manera consistente, en el OMS-HC tampoco se identificaron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 1.52$, $p = .468$), manteniéndose puntuaciones comparables entre los grupos. Indicando que, en esta muestra de estudio, la formación académica no se relaciona con variaciones en el nivel de estigma hacia la salud mental.

Tabla 4.4

Actitudes Estigmatizantes en Relación con Formación Académica en Salud Mental

Instrumento	Formación Académica	N	Media	D.E.	Mín.	Máx	χ^2	p*
CAMI	No	10	3.21	0.33	2.50	3.70	0.98	0.612
	No estoy seguro/a	21	3.23	0.37	2.60	4.00		

	Sí	153	3.28	0.31	2.40	4.20		
OMS-HC	No	10	3.00	0.30	2.70	3.60	1.52	0.468
	No estoy seguro/a	21	2.81	0.30	2.20	3.30		
	Sí	153	2.90	0.30	1.50	3.75		

Nota. * $p < .05$ = significativo; $p \geq .05$ = no significativo.

Objetivo Específico 3: Examinar la relación entre el contacto directo o experiencias personales y las actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales en los estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad al norte de Chile

Según los resultados obtenidos en la tabla 4.5, la escala CAMI no presentó diferencias significativas entre los grupos de contacto directo ($\chi^2 = 1.38$, $p = 0.848$), ya que los puntajes fueron similares en todas las categorías. En contraste, en el OMS-HC, sí se identificaron diferencias globales entre los grupos ($\chi^2 = 17.34$, $p = 0.0016$), reportando un puntaje más alto en el grupo que indicó contacto directo por experiencia académica o práctica ($M = 3.28$), lo cual refleja mayor estigma. Los grupos con contacto familiar ($M = 2.84$) o de amistades ($M = 2.92$) mostraron medias más bajas, sugiriendo actitudes profesionales menos estigmatizantes.

Tabla 4.5

Actitudes Estigmatizantes en Relación con Contacto Directo

Instrumento	Contacto directo	N	Med ia	D.E.	Mín	Máx	χ^2	p
CAMI	No	30	3.27	0.30	2.50	3.80	1.38	0.848
	Prefiero no responder	3	3.23	0.15	3.10	3.40		
	Sí, en mi entorno de amistades	70	3.26	0.32	2.50	4.20		
	Sí, en mi entorno familiar	72	3.27	0.32	2.40	4.10		
	Sí, por experiencia académica o práctica	9	3.34	0.29	2.80	3.80		

OMS-HC	No	30	2.87	0.28	2.25	3.60	17.4	0.001
	Prefiero no responder	3	2.60	0.10	2.50	2.70	3	6*
	Sí, en mi entorno de amistades	70	2.92	0.27	2.35	3.50		
	Sí, en mi entorno familiar	72	2.84	0.30	1.50	3.70		
	Sí, por experiencia académica o práctica	9	3.28	0.32	2.85	3.75		

Nota. * $p < .05$ = significativo; $p > .05$ = no significativo.

En adición, se indican en la Tabla 4.6 el análisis post hoc. El cual indica que la diferencia significativa encontrada entre los niveles de contacto en el OMS-HC se concentró en su mayoría en el grupo que reportó contacto directo por experiencia académica o práctica. Reportando puntajes significativamente más altos de estigma en comparación con quienes reportaron otro tipo de contacto. No se observaron diferencias destacables entre los demás grupos.

Tabla 4.6

Comparaciones Post Hoc - Contacto Directo OMS-HC

Comparación	p (ajustada)	Resultado
No vs. Prefiero no responder	0.3018	No significativo
No vs. Sí, en mi entorno de amistades	0.8892	No significativo
Prefiero no responder vs. Sí, en mi entorno de amistades	0.1619	No significativo
No vs. Sí, en mi entorno familiar	0.7374	No significativo
Prefiero no responder vs. Sí, en mi entorno familiar	0.2834	No significativo
Sí, en mi entorno de amistades vs. Sí, en mi entorno familiar	0.4601	No significativo
No vs. Sí, por experiencia académica o práctica	0.0174	Diferencia significativa

Prefiero no responder vs. Sí, por experiencia académica o práctica	0.0050	Diferencia significativa
Sí, en mi entorno de amistades vs. Sí, por experiencia académica o práctica	0.0338	Diferencia significativa
Sí, en mi entorno familiar vs. Sí, por experiencia académica o práctica	0.0046	Diferencia significativa

Nota. Test de Dunn con ajuste de Holm.

Objetivo Específico 4: Examinar las actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales en función de variables como el género, edad, diagnóstico propio, nivel y carrera cursada en estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad al norte de Chile

Género

En la Tabla 4.7 se indican las diferencias de actitudes estigmatizantes según el género reportado por la muestra. La comparación no mostró diferencias significativas en el instrumento CAMI ($W = 4008$, $p = 0.9332$), indicando que ambos géneros ($M = 36.07$, $M = 36.07$) presentan niveles similares de actitudes estigmatizantes. Por otra parte, en el OMS-HC se observaron diferencias significativas entre géneros ($W = 2893$, $p = 0.0018$), señalando que el género masculino ($M = 59.49$) obtuvo puntajes más altos en contraste con el femenino ($M = 56.88$). Lo cual reflejó mayores niveles de estigma profesional en hombres.

Tabla 4.7

Actitudes Estigmatizantes Según el Género Reportado

Intrumento	Comparación	Media	D.E.	Mín.	Máx.	W	p-value
CAMI	Femenino vs.	36.07	2.83	27	43 vs.	4008	0.9332
	Masculino	vs. 36.07	vs. 3.17		47		
OMS-HC	Femenino vs.	56.88	5.82	30	74 vs.	2893	0.0018*
	Masculino	vs. 59.49	vs. 5.95		75		

Nota. * $p < .05$ = significativo; $p > .05$ = no significativo.

Edad

En la Tabla 4.8 se señalan los resultados referentes a la comparación de actitudes estigmatizantes según grupos etarios. En la escala CAMI, las medias fueron similares entre los tramos de edad (M = 3.25, M= 3.33 y M = 3.30) mostrando que no hay diferencias significativas según análisis Kruskal-Wallis ($\chi^2 = 2.276$, $p = 0.3204$). Por otra parte, en el OMS-HC se señaló el mismo pronóstico (M = 2.91, M = 2.84 y M = 2.98), sin diferencias significativas ($\chi^2 = 4.876$, $p = 0.0873$). Indicando que la edad no se asocia directamente en las actitudes estigmatizantes de esta muestra.

Tabla 4.8

Actitudes Estigmatizantes en Relación con la Edad

Instrumento	Comparación	Media	D.E.	Mín.	Máx.	χ^2	p-value*
CAMI	18–21 vs.	3.25 /	0.31 /	2.4 / 2.5	4.0 /	2.276	0.3204
	22–25 vs.	3.33 /	0.33 /	/ 3.2	4.2 /		
	26+	3.30	0.12		3.4		
OMS-HC	18–21 vs.	2.91 /	0.29 /	1.5 /	3.7 /	4.876	0.0873
	22–25 vs.	2.84 /	0.33 /	2.25 /	3.75 /		
	26+	2.98	0.39	2.5	3.45		

Nota. * $p < .05$ = significativo; $p > .05$ = no significativo.

Carrera

En la tabla 4.9 se presentan los puntajes de estigma comparando a estudiantes de Medicina y Psicología. En la escala CAMI, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos ($W=4325.5$, $p=0.4027$), mostrando medias prácticamente equivalentes (Medicina: M = 36.10; Psicología: M = 36.06), lo que indica niveles similares en las actitudes comunitarias hacia las personas con trastornos mentales. En la escala OMS-HC se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas carreras ($W=4763.5$, $p=0.03772$). Los estudiantes de Medicina registraron una media más elevada (M = 59.42) que los de Psicología (M = 56.87), indicando un mayor nivel de estigma profesional en este grupo. Sin embargo, los valores mínimos y máximos muestran rangos que se solapan, por lo que las diferencias, aunque significativas, no son completamente marcadas.

Tabla 4.9*Actitudes Estigmatizantes en Relación con la Carrera Cursada*

Instrumento	Comparación	Media	D.E.	Mín.	Máx.	W	p-value
CAMI	Medicina vs.	36.10	2.95	28 vs.	47 vs. 43	4325.5	0.4027
	Psicología	vs. 36.06	vs. 2.97	27			
OMS-HC	Medicina vs.	59.42	6.28	47 vs.	75 vs. 70	4763.5	0.03772*
	Psicología	vs. 56.87	vs. 5.64	30			

Nota. * $p < .05$ = significativo; $p > .05$ = no significativo.

Nivel académico

En la tabla 4.10 se presentan los puntajes de estigma según el nivel académico (Inicial vs. Intermedio). En la escala CAMI, no se observaron diferencias significativas ($W=3714.5$, $p=0.1633$). Las medias fueron similares entre ambos grupos ($M=3.24$ en Inicial y $M=3.31$ en Intermedio), sin variaciones relevantes en los rangos mínimo y máximo, lo que indica niveles comparables de actitudes estigmatizantes.

De manera similar, en el OMS-HC tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($W=4826$, $p=0.08909$). Aunque el grupo de nivel inicial mostró una media levemente mayor ($M=2.91$) que niveles intermedios ($M=2.84$), la superposición de rangos sugiere que estas variaciones no representan diferencias sustantivas en el estigma profesional. En conjunto, los resultados indican que el nivel académico no se asocia con cambios relevantes en las actitudes estigmatizantes dentro de la muestra.

Tabla 4.10*Actitudes Estigmatizantes en Relación con Nivel Académico*

Instrumento	Comparación	Media	D.E.	Mín.	Máx.	W	p-value
-------------	-------------	-------	------	------	------	---	---------

CAMI	Inicial vs Intermedio	3.24 vs. 3.31	0.31 vs. 0.33	2.4 vs. 2.5	4.0 vs. 4.2	3714.5	0.1633
OMS-HC	Inicial vs Intermedio	2.91 vs. 2.84	0.29 vs. 0.33	1.5 vs. 2.25	3.7 vs. 3.75	4826	0.08908

Nota. * $p < .05$ = significativo; $p > .05$ = no significativo.

Diagnóstico propio

Asimismo, en la Tabla 4.11 se señala que no se observaron diferencias significativas entre los puntajes de estigma según la presencia de un diagnóstico propio de salud mental. En la escala CAMI, los grupos presentaron medias similares, con $M = 3.25$ para quienes no reportaron diagnóstico, $M = 3.28$ para quienes prefirieron no responder y $M = 3.33$ para quienes señalaron tener uno ($\chi^2=2.10$, $p=0.350$). De igual forma, en el OMS-HC los puntajes fueron comparables entre los grupos, registrando $M = 2.88$ en quienes no reportaron diagnóstico, $M = 2.82$ en quienes prefirieron no responder y $M = 2.97$ en quienes indicaron contar con diagnóstico personal ($\chi^2=5.08$, $p=0.079$), sin alcanzar significancia estadística. En conjunto, estos resultados indican que contar o no con un diagnóstico personal no se asocia a diferencias en los niveles de estigma hacia personas con trastornos mentales en esta muestra.

Tabla 4.11

Actitudes Estigmatizantes en Relación con Diagnóstico Propio en Salud Mental

Instrumento	Diagnóstico personal	N	Media	D.E.	Mín.	Máx.	χ^2	p^*
CAMI	No	131	3.25	0.30	2.40	4.00	2.10	0.350
	Prefiero no responder	12	3.28	0.41	2.60	4.20		
	Sí	41	3.33	0.32	2.60	4.10		
OMS-HC	No	131	2.88	0.25	2.25	3.70	5.08	0.079

Prefiero no responder	12	2.82	0.24	2.50	3.40
Sí	41	2.97	0.43	1.50	3.75

Nota. * $p < .05$ = significativo; $p > .05$ = no significativo.

V. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar el estigma hacia personas con trastornos mentales en los estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad del norte de Chile. A través de la identificación del nivel de estas en relación con la formación académica, el contacto directo, nivel cursado, carrera, edad y género. Para ello, se evaluaron los puntajes de la aplicación de la escala CAMI y el cuestionario OMS-HC, mediante un análisis descriptivo y correlacional.

Los resultados permiten observar que los niveles de estigma en ambas escalas aplicadas, se ubicaron en rangos moderados; las medias observadas (CAMI: $M=32.65$; OMS-HC: $M=57.86$) muestran una tendencia hacia posturas relativamente favorables hacia la salud mental. Estos hallazgos coinciden con investigaciones recientes que reportan niveles similares de actitudes estigmatizantes dentro de entornos universitarios chilenos, orientados a las ciencias de la salud (Gajardo et al. 2022; Masedo et al. 2021; Grandón et al. 2021). Indicando que, aunque los estudios superiores puedan estar asociados con una mayor sensibilidad hacia los trastornos mentales, la reducción del estigma, no ocurre de manera automática y depende de un enfoque formativo persistente frente al estigma (Ruiz et al. 2022). Además, la evidencia sugiere que los estudiantes de carreras como Psicología y Medicina demuestran niveles de estigma más contenidos en comparación con otras carreras, pero que no difieren sustancialmente de la población general (Atienza-Carbonell et al., 2024).

Asimismo, se observa una mayor apertura en las dimensiones de Aceptación de la escala CAMI ($M = 3.88$, D.E. = 0.40), indicando actitudes predominantemente favorables hacia las personas con trastornos mentales. Sin embargo, la dimensión Rechazo a la instalación de centros de salud mental exhibe un promedio más bajo ($M = 2.66$, D.E. = 0.46), lo cual evidencia mayor resistencia al contacto social con este grupo. De igual manera, en el OMS-HC las mayores dificultades se expresan en Distancia

Social, que alcanzó el puntaje más alto ($M = 3.93$, $D.E. = 0.48$), reflejando mayores niveles de evitación hacia las personas con trastornos mentales. Mientras que, las dimensiones Actitudes Profesionales ($M = 1.98$, $D.E. = 0.60$) y Divulgación/Búsqueda de ayuda ($M = 2.19$, $D.E. = 0.59$) se ubicaron en rangos más bajos, lo que indica actitudes más positivas o menos estigmatizantes en estos ámbitos. Esto coincide con estudios previos en la población universitaria, los cuales reportan puntajes mayoritariamente favorables en dimensiones relacionadas con la aceptación, pero con variabilidad en dimensiones referentes a la distancia social, conductas discriminatorias o incomodidad frente a las personas con trastornos mentales (Gajardo et al, 2022; Masedo et al. 2021). Esta persistencia del estigma, aunque moderada, puede relacionarse con la internalización de componentes culturales ampliamente extendidos, manteniendo la percepción de las personas con trastornos mentales como un “otro” (Goffman, 1963; Link y Phelan, 2001; Corrigan y Watson, 2002).

Respecto a la relación del estigma frente a la formación académica en salud mental, los resultados no permitieron confirmar la hipótesis propuesta. Tanto como para la escala CAMI ($\chi^2 = 0.98$, $p = .612$) y OMS-HC ($\chi^2 = 1.52$, $p = .468$), no hubo una asociación significativa, evidenciando que en esta muestra, la formación académica no pudo determinar un efecto claro frente a la disminución del fenómeno. Este hallazgo contrasta con estudios como Grandón et al. (2022), quienes postulan que los aprendizajes durante las prácticas profesionales, si bien, producen una disminución de la variable, esta se manifiesta de forma leve en las actitudes de los estudiantes. No obstante, diversos autores advierten que los cambios asociados a formación académica no se producen de manera automática. En esta línea, se ha planteado que la reducción efectiva del estigma requiere estrategias educativas explícitas orientadas a su cuestionamiento crítico, incluyendo contacto significativo y enfoque en la recuperación (Ma & Hsieh, 2020; Gajardo et al., 2022). Además, estudios recientes señalan que dichos efectos no se mantienen en el tiempo cuando no se integran de manera transversal en la trayectoria formativa universitaria (Zabaleta-González et al., 2023).

En relación con el contacto directo previo con personas con problemas de salud mental, el OMS-HC, reporta diferencias globales entre los grupos ($\chi^2 = 17.34$, $p = 0.0016$). Reportando puntajes más altos de estigma en quienes señalan contacto directo por experiencia académica ($M = 3.28$), a diferencia de los grupos con contacto familiar ($M = 2.84$) o de amistades ($M = 2.92$), que mostraron actitudes profesionales menos estigmatizantes. Esto se relaciona con estudios que señalan que aquellos estudiantes que reportan contacto directo, se asocian a menores niveles de estigma, aun cuando las actitudes generales seguían siendo predominantemente negativas (Zabaleta-González et al., 2023; Madoz-Gúrpide et al. 2023; Brescia et al., 2021). Asimismo, se evidencia la importancia del tipo de contacto, dado que la disminución de las actitudes estigmatizantes podría estar vinculada a la calidad de dicho contacto o al valor que cada individuo asigna a la interacción. Indicando que el contacto interpersonal más cercano o significativo tiende a presentar mejores resultados en la disminución del estigma en comparación con formas de interacción más breves o superficiales (Corrigan et al., 2014).

En cuanto a la comparación de las actitudes estigmatizantes según las variables sociodemográficas consideradas (género, edad, nivel académico, diagnóstico propio y carrera cursada), los resultados obtenidos solo respaldan diferencias en dos de ellas: género y carrera cursada, específicamente en la escala OMS-HC. Los estudiantes que reportaron pertenecer al género masculino obtuvieron un puntaje ligeramente más alto en comparación con el género femenino en la escala OMS-HC ($\rho=0.232$, $p=0.002$), sugiriendo una tendencia menos favorable hacia las personas con trastornos mentales en este grupo. Estos resultados son consistentes con los estudios señalados que postulan que los hombres tienden a exhibir más actitudes estigmatizantes hacia los trastornos mentales en comparación a las mujeres. Así, investigaciones recientes han reportado que los estudiantes universitarios masculinos manifiestan una mayor disposición hacia la distancia social y la adhesión a estereotipos negativos hacia los trastornos mentales (Zabaleta-González et al., 2023), mientras que otros estudios han indicado que el género masculino se asocia con más barreras y creencias estigmatizantes vinculadas a la búsqueda de ayuda profesional y a la percepción de riesgo social (Salinas-Oñate et al.,

2023). En conjunto, los hallazgos responden que el género continúa siendo un factor relevante en la configuración del estigma en salud mental. Lo cual señala que el estigma asociado a los trastornos mentales no puede comprenderse únicamente como una suma de actitudes individuales, sino como un fenómeno social y estructural que se reproduce en función de normas culturales, desigualdades y relaciones de poder (Thornicroft, 2016). Desde esta perspectiva, es necesario comprender que el género no debe entenderse como una categoría aislada, sino como una base por la cual otros determinantes sociales configuran sus actitudes hacia la salud mental (Hankivsky et al., 2010; 2012; citado en Mora-Ríos y Bautista, 2014).

De igual manera, los resultados obtenidos, muestran que no existen diferencias significativas en los niveles de estigma entre quienes reportaron un diagnóstico personal de salud mental y quienes no lo hicieron ($\chi^2=2.10$, $p=0.350$). Esto puede comprenderse basándonos en que el estigma se conforma por estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias que operan a nivel social y no dependen únicamente de la experiencia individual con la salud mental (Corrigan y Watson, 2002). Desde esta perspectiva, un diagnóstico no garantiza la reducción del estigma, ya que persisten creencias culturales y estereotipos dañinos que pueden ser internalizados por los afectados (Corrigan et al. 2014). Esto sugiere que quienes tienen un diagnóstico pueden adoptar estereotipos sociales sin necesariamente desarrollar actitudes más positivas hacia los demás.

Referente al nivel académico, los resultados mostraron que no existen diferencias significativas en los niveles de estigma entre estudiantes de cursos iniciales e intermedios. Tanto en la escala CAMI ($W = 3714.5$, $p = 0.1633$) como en el OMS-HC ($W = 4826$, $p = 0.08909$). Si bien, se observaron ligeras variaciones en las medias del OMS-HC para estudiantes de nivel inicial ($M= 2.91$) versus niveles intermedios ($M = 2.84$), estas no alcanzaron una diferencia estadística considerable. Los resultados obtenidos son coherentes con los hallazgos de Gajardo et al. (2022), quienes igualmente no identificaron variaciones significativas entre los estudiantes de primer y cuarto año, observando puntajes ligeramente superiores en los niveles iniciales, sin que estas

alcanzaran significancia estadística, insinuando que no se aprecian cambios considerables según el avance o trayectoria académica.

De igual manera, quienes cursan la carrera de Medicina presentan las puntuaciones más altas de la escala OMS-HC en contraste con los estudiantes de psicología ($W=4763.5$, $p=0.03772$), lo que indica que la disciplina académica de origen se vincula con variaciones en las actitudes frente al estigma. Este resultado coincide con investigaciones que han señalado diferencias significativas entre programas de formación, donde carreras con una orientación predominante biomédica tienden a presentar niveles más altos de estigma en comparación con aquellas vinculadas a un enfoque psicosocial, tales como psicología o terapia ocupacional (Masedo et al., 2021, Grandón et al., 2022).

En síntesis, respecto a las hipótesis planteadas, los resultados permiten afirmar que la H1: el nivel de actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales es moderado a bajo, se cumple, dado que los niveles observados en ambas escalas se ubicaron en rangos medios. En cambio, la H2: existe relación inversa entre el avance en la formación académica sobre salud mental y las actitudes estigmatizantes hacia personas con trastornos mentales, no se cumple, ya que no se encontraron asociaciones significativas. Respecto a la H3: existe relación inversa entre el contacto directo y las actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales; se cumple parcialmente, ya que los niveles de estigma varían según el tipo de contacto establecido. Situación similar se contrasta con el cumplimiento de la H4: existen diferencias significativas en el nivel de estigma en función de variables como edad, género, diagnóstico propio, nivel y carrera cursada. Puesto que, la evidencia respalda la hipótesis, sin embargo, se identifican diferencias en algunas, pero no en todas las variables consideradas.

De acuerdo a estos estudios, los planes formativos centrados en el modelo tradicional podrían favorecer la persistencia de creencias y actitudes negativas hacia los trastornos mentales, mientras que las disciplinas que integran contenidos de salud

mental y procesos de comprensión subjetiva de la experiencia humana parecen promover actitudes más inclusivas y menos estigmatizantes. En ese sentido, los hallazgos del presente estudio refuerzan la idea de que la trayectoria formativa y las bases epistemológicas de cada disciplina son parte importante en la configuración del estigma de los estudiantes en el ámbito de la salud. Esto puede deberse a que el estigma se produce y reproduce en interacciones sociales reguladas por expectativas de rol, lo que permite suponer que las disciplinas con prácticas institucionales distintas pueden sostener actitudes diferenciadas frente a la enfermedad mental (Goffman, 1963, Link y Phelan, 2001).

VI. CONCLUSIÓN

Este estudio permitió analizar las actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales en estudiantes de Psicología y Medicina de una universidad del norte de Chile. Basándonos en los resultados obtenidos, es posible concluir; (a) el nivel de estigma hacia las personas con trastornos mentales se ubicó en un rango moderado, confirmando la presencia de actitudes ambivalentes en los futuros profesionales, con una tendencia hacia la distancia social entre los estudiantes; (b) el avance en la formación académica no se relaciona de manera significativa con los niveles de estigma de la muestra, indicando que la educación teórica recibida, no fue lo suficientemente explícita o sustancial para generar cambios claros en las actitudes de los estudiantes; (c) el contacto directo con personas con trastornos mentales evidenció una correlación inversa significativa con las actitudes estigmatizantes. Existiendo diferencias claras entre los tipos de contacto, donde quienes indicaron contacto con familiares o amigos reportaron actitudes menos estigmatizantes en comparación con el contacto académico, lo que sugiere que la calidad y profundidad de las interacciones podrían ser factores más determinantes en vez de la mera exposición; (d) se contemplaron diferencias significativas en los puntajes del OMS-HC, vinculadas al género y carrera, manifestando actitudes de mayor estigma en hombres y en estudiantes pertenecientes a Medicina. Indicando consistencia con los estudios previos, lo que podría reflejar una orientación centrada hacia un enfoque más biomédico frente a la comprensión de los trastornos mentales en esta carrera. Además, para proyecciones futuras es recomendable incorporar el concepto de interseccionalidad para comprender los distintos determinantes que modelan el estigma hacia los trastornos mentales. Este enfoque nace como una forma de visibilizar que las experiencias de discriminación no pueden explicarse plenamente solo desde una perspectiva, sino que como una combinación de distintas interacciones entre diferentes identidades sociales (Crenshaw, 1991). Bajo este criterio sería pertinente examinar las múltiples capas de desigualdad y opresión que atraviesan las personas con trastornos mentales, quienes cuentan con una diversidad de combinaciones de identidad

y género, de la que surgen otros niveles de discriminación que se atraviesan entre sí y se arraigan de una manera mucho más sustancial en la vida de quienes la padecen (Hernández et al. 2020). Esto posibilitaría un análisis más integral de los factores que influyen en la construcción del fenómeno del estigma, para resaltar que las experiencias y actitudes son un producto de la interacción compleja entre varias dimensiones, permitiendo comprender a mayor profundidad como ciertos mandatos de género, pueden favorecer o limitar ciertas actitudes hacia quienes cuentan con un diagnóstico de salud mental.

Se destaca la necesidad de fortalecer la sensibilización frente al estigma hacia los trastornos mentales, promoviendo experiencias educativas que faciliten la reducción de este y fomente una comprensión integral frente al tratamiento de los trastornos mentales. Resultando como un ejercicio esencial para garantizar que los futuros profesionales brinden una atención ética, integral y de calidad a las personas bajo su cuidado.

En cuanto al aporte de esta investigación al campo de la Psicología, los hallazgos permiten ampliar la comprensión del estigma hacia los trastornos mentales en contextos universitarios, especialmente en estudiantes que se preparan para desempeñarse en áreas de la salud. La utilización de instrumentos estandarizados como CAMI y OMS-HC facilitó la identificación de dimensiones específicas del estigma, ofreciendo evidencia que puede ser empleada en la elaboración de estrategias psicoeducativas que fortalezcan la sensibilización y la formación profesional en salud mental, favoreciendo prácticas clínicas y comunitarias más respetuosas y libres de prejuicios.

El estudio tuvo como principal limitante las condiciones bajo las cuales se llevó a cabo la recolección de la información, particularmente en lo referido a la coordinación necesaria con las distintas carreras del área de la salud para la aplicación de las encuestas. Si bien se logró concretar la participación de un número significativo de estudiantes, el proceso de levantamiento se desarrolló en un periodo académico marcado por actividades institucionales relevantes, tales como el inicio del aniversario universitario y la semana de descanso académico, factores que restringieron el acceso a

ciertos cursos y dificultaron la planificación inicial. En este sentido, la disponibilidad de tiempo y espacio para la administración de los instrumentos dependió de las posibilidades organizativas de cada unidad académica, por lo que en algunas carreras se alcanzó una mayor participación que en otras, sin que esto responda a falta de disposición de sus integrantes, sino más bien a contingencias propias del calendario académico. Dicho contexto pudo influir en la representatividad final de la muestra y, en consecuencia, se considera pertinente interpretar los resultados con cautela, entendiendo que un proceso de aplicación más extendido podría favorecer una participación más equilibrada.

Finalmente, se proyecta la necesidad de replicar este estudio en muestras más amplias, así como en otros departamentos e instituciones de educación superior, lo que permitiría contrastar los hallazgos en diferentes contextos socioculturales. Además, se sugiere el desarrollo de diseños longitudinales que posibiliten observar la evolución del estigma a lo largo de la trayectoria formativa, así como estudios mixtos que permitan identificar cómo las experiencias académicas y personales influyen en los cambios de actitud, aportando mayor integralidad para comprender las complejidades de un fenómeno como el estigma dentro del sistema de salud mental (Muñoz, 2013). Igualmente, se recomienda la incorporación de nuevas variables relacionadas con la alfabetización en salud mental, experiencias personales de búsqueda de ayuda y percepciones sobre los servicios de atención psicológica. Asimismo, sería pertinente aplicar el estudio en quienes se encuentren durante sus procesos de práctica profesional para contrastar con niveles iniciales, de igual manera, comparar los resultados con estudiantes de carreras no vinculadas a la salud, donde la conciencia y formación sobre salud mental no forman parte de la cultura central curricular; aquello permitiría comprender a mayor cabalidad el impacto que tiene una formación especializada en las actitudes hacia los trastornos mentales. En coherencia, incluir estos estudios con académicos de las mismas carreras, permitiría evaluar como sus niveles de conocimientos, creencias y prácticas pueden moldear la actitud de los estudiantes. Por lo cual, este tipo de estudios puede contribuir como un insumo relevante frente al fortalecimiento de la formación en salud mental en distintos departamentos,

promoviendo espacios que favorezcan el bienestar psicológico de los estudiantes y una atención más informada y personalizada. De este modo, se apertura el camino para que futuras investigaciones puedan continuar fortaleciendo la generación de conocimiento en torno al estigma hacia los trastornos mentales, promoviendo entornos universitarios más inclusivos y profesionales de la salud, comprometidos con el respeto y la dignidad de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163–179.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>

Asociación Chilena de Seguridad y Centro UC de Encuestas y Estudios Longitudinales. (2024). *Termómetro de la Salud Mental en Chile ACHS-UC: Octava Ronda*.

<https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/2024/achs-221357/termometro-de-la-salud-mental-en-chile-achs-uc-octava-ronda.pdf>

Atienza-Carbonell, B., Ferrer, M., & Tormo, C. (2024). Public stigma towards people with mental illness in university students and general population: A comparative study. *Journal of Mental Health*, 33(1), 12–21.

doi.org/10.47626/2237-6089-2023-0708

Brescia, M. S., de Mattos, S. N., Porto, V. M., Redes, M. L., y Wschebor, M. (2021).

Estigma y enfermedad mental: Intervención en estudiantes de medicina. *Revista Médica del Uruguay*, 37(1), 203.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902021000101203

Castro, M. A. (2023). El estigma y el sufrimiento de ser ‘loco’ en Chile: Otro efecto performativo de la psiquiatría. *Intervención*, 13(1), 51–66.

<https://doi.org/10.53689/int.v13i1.172>

Carvajal, C. (2023). ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de los formularios de Google?.

<https://datascope.io/es/blog/ventajas-y-desventajas-de-formularios-google-b/>

- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry, 1*(1), 16–20.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16946807>
- Corrigan, P.W., Morris, S.B., Michaels, P.J., Rafacz, J.D., Rüsç, N., 2012. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr. Serv. 63*(10), 963–973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>.
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest, 15*(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Cova, F., Monreal, V., y Grandón, P. (2024). Estigma en el nivel secundario de atención en salud mental hacia personas con diagnóstico psiquiátrico. *Psykhé, 33*(1).
<https://doi.org/10.7764/psykhe.2023.SCP75697>
- Crenshaw, K. (1991). Cartografiando los márgenes: interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color. *Stanford Law Review, 43*(6), 1.241-1.299.
- Field, A., Miles, J., & Field, Z. (2012). *Discovering statistics using R*. SAGE Publications. <https://archive.org/details/discoveringstatisticsusingr>
- Gajardo J, Jean, Espinosa T, Francisca, Muñoz E, Irene, Goycolea M, Rodrigo, Valdebenito, Ana, Oyarzún S, Mónica, & Pezoa C, Carolina. (2021). Traducción y análisis de validez de contenido del instrumento Opening Minds Scale for Healthcare Practitioners (OMS-HC) para la evaluación del estigma hacia la enfermedad mental en profesionales de la salud en Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 59*(2), 91-101.
<https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272021000200091>
- Gajardo, J., Espinosa, F., Goycolea, R., Oyarzún, M., Muñoz, I., Valdebenito, A., y Pezoa, C. (2022). Estigma contra pessoas com doença mental em alunos de graduação e em professores de graduação em terapia ocupacional. *Cadernos*

Brasileiros de Terapia Ocupacional, 30.

<https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO24103145>

Geffner, N. I., y Agrest, M. (2021). Estudio sobre el estigma percibido y el estigma experimentado según los usuarios de servicios de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires: Su impacto en la recuperación. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 14(2), 21–32. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.14203>

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*.

Prentice-Hall.

https://archive.org/details/stigmanotesonman00goff_0/page/n1/mode/2up

Grandón Fernández, P., Saldivia Bórquez, S., Cova Solar, F., Bustos, C., & Turra Chávez, V. (2016). Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena. *Universitas Psychologica*, 15(2), 153-162.

<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-2.apae/>

Grandón, P., Bustos, C., Cova, F., Saldivia, S., Ramírez, R., Vaccari, P., Vielma, A., y Turenne, E. (2021). Resultados del programa “Igual-Mente” de reducción de estigma en profesionales de atención primaria de salud hacia personas con diagnóstico de trastorno mental grave. *Psykhē*, 30(2).

<https://doi.org/10.7764/psykhe.2021.SCP41531>

Hernández-Sampieri, R., y Mendoza Torres, C. P. (2023). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (7.^a ed.). McGraw-Hill Education.

Hernández, D. Bayón, M., Migliaro, A., Ramazzini, A., & Araujo, A. (2020). *Cuerpos, territorios y feminismos: compilación latinoamericana de teorías, metodologías y prácticas políticas*. Ediciones Abya-Yala.

Ipsos. (2022). *Ipsos Monitor Global de Salud 2022*.

<https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2022-10/Ipsos%20Monitor%20Global%20de%20Salud%202022.pdf>

- Jara-Ogeda, R., Leyton, D., & Grandón, P. (2022). Stigmatization of people diagnosed with a mental disorder in secondary mental health centers in Chile: An ethnographic study. *Journal of Community Psychology*, 50(8), 3307–3324. <https://doi.org/10.1002/jcop.22838>
- Jamieson, J. D., Reich, C. M., LaCaille, R. A., & LaCaille, L. J. (2022). A naturalistic analysis of mental illness stigma in undergraduate psychology courses. *Teaching of Psychology*, 51(1), 14–21. <https://doi.org/10.1177/00986283211055143>
- Kassam, A., Papish, A., Modgill, G. (2012). 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* 12(62). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-62>
- Ley N.º 19.628 de 1999. Diario Oficial de la República de Chile, 28 de agosto de 1999. <https://bcn.cl/2eqfn>
- Link, B.G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Ma, H.-I., & Hsieh, M.-L. (2020). Longitudinal effects of an anti-stigma course on occupational therapy students' attitudes toward people with mental illness. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(15), 5599. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155599>
- Madoz-Gúrpide, A., Ochoa Mangado, E., & Cuadrado del Rey, P. (2023). Stigma and contact with mental illness in a university population through volunteering: A case-control study. *European Psychiatry*, 66(1), 242–242. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.557>
- Márquez-Cervantes, E., Rome-ro-Guerra, D. H., & Costilla-Esquivel, A. (2023). Mental illness attitudes in medical education: Assessing the stigma in medical students. *Salud Mental*, 46(2), 105-110. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2023.014>

- Masedo, A., Grandón, P., Saldivia, S., et al. (2021). A multicentric study on stigma towards people with mental illness in health sciences students. *BMC Medical Education*, 21(324). <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02695-8>
- Modgill, G., Patten, S.B., Knaak, S. (2014). Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC Psychiatry* 14(120).
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-120>
- Mora-Ríos, J., & Bautista, N. (2014). Structural stigma, mental illness, gender and interseccionalidad: Implications for mental health care. *Salud Mental*, 37(4), 303-312. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.035>
- Muñoz, C. (2013). Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Rev Chil Salud Pública*, 12(3), 218-223. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2013.28632>
- Navarro, N., y Trigueros, R. (2019). Estigma en los profesionales de la salud mental: Una revisión sistemática. *Psychology, Society, y Education*, 11(2), 253–266.
<https://doi.org/10.25115/psye.v11i2.2268>
- Organización Mundial de la Salud. (5 de junio de 2022). *Trastornos mentales*.
[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=Los%20m%C3%A1s%20comunes%20son%20la,solo%20un%20a%C3%B1o%20\(2\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=Los%20m%C3%A1s%20comunes%20son%20la,solo%20un%20a%C3%B1o%20(2))
- Ponce-Correa, F., & Caqueo-Urizar, A. (2024). Beyond symptoms: An integrated look at the recovery of people diagnosed with schizophrenia through blended approaches. *Terapia Psicológica*, 42(2), 187–216.
<https://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082024000200187>
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (18 de abril de 2024). *Termómetro de salud mental: Uno de cada cuatro chilenos presenta síntomas de ansiedad*.

<https://www.uc.cl/noticias/termometro-de-salud-mental-uno-de-cada-cuatro-chile-nos-presenta-sintomas-de-ansiedad/>

Querido, A. I. F., Tomás, C. C., de Carvalho, D. R. S., Gomes, J. M. F., & Cordeiro, M. S. S. (2020). Impact of an intervention on stigma in mental health and intergroup anxiety. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33.

<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0226>

R Core Team. (2024). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.r-project.org/>

Rodríguez-Rivas, M. E., Cangas, A. J., & Fuentes-Olavarria, D. (2021). Controlled study of the impact of a virtual program to reduce stigma among university students toward people with mental disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 12.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.632252>

Ruiz, J. C., Fuentes-Durá, I., López-Gilberte, M., Dasí, C., Pardo-Garcia, C., Fuentes-Durán, M. C., Pérez-González, F., Salmerón, L., Soldevila-Matías, P., Vila-Francés, J., & Balanzá-Martínez, V. (2022). Public stigma profile toward mental disorders across different university degrees in the University of Valencia (Spain). *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.951894>

Salinas-Oñate, N., Gómez-Pérez, D., Cancino, M., Ortiz, M. S., Salazar-Fernández, C., & Olivera, M. P. (2023). Mental health problems in university students during the COVID-19 pandemic: What kind of help do they seek? *Terapia Psicológica*, 41(1), 19–38. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082023000100019>

Sapag, J. (2022). Cross-cultural adaptation of four instruments to measure stigma towards people with mental illness and substance use problems among primary care professionals in Chile. *Transcultural Psychiatry*, 60(2), 286–301.

<https://doi.org/10.1177/13634615221100377>

Sapag, J. C., Klabunde, R., Villarroel, L., Velasco, P. R., Álvarez, C., Parra, C., Bobbili, S. J., Mascayano, F., Bustamante, I., Alvarado, R., & Corrigan, P. (2019).

Validation of the Opening Minds Scale and patterns of stigma in Chilean primary health care. PLoS One, 14(9), 1-14.

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0221825>

Selamat, T., Bakar, A. A., Zalli, M. M., & Othman, M. S. (2024). Stigmatizing content on social media and attitude of university students: Analysis of mental health stigma. *International Journal of Education, Psychology and Counseling, 9(56)*, 215–224. <https://doi.org/10.35631/IJEPC.956014>

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet, 387(10023)*, 1123–1132.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)

Tyerman, J., Patovirta, A. L., & Celestini, A. (2020). How stigma and discrimination influences nursing care of persons diagnosed with mental illness: A systematic review. *Issues in Mental Health Nursing, 42(2)*, 153–163.

<https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1789788>

Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling Community Attitudes Toward the Mentally III. [DOI:10.1093/schbul/7.2.225](https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225)

Universidad de Atacama. (2024). *Política institucional de bienestar y salud mental (Resolución Exenta N.º 616)*.

Villegas, C., & Alfonzo, N. (Eds.). (2021). *Positivismo y métodos cuantitativos: Paradigmas y métodos*. Universidad Bicentennial de Aragua.

<https://uba.edu.ve/wp-content/uploads/2022/03/6.-LIBRO-PARADIGMAS-Y-MÉTODOS-SERIE-NODO-13-09-2021.pdf>

Zabaleta González, R., Casado Muñoz, R., Martínez Pérez, A., y Lezcano Barbero, F. (2023). Estigma y actitudes hacia las enfermedades mentales entre los estudiantes universitarios: Estudio descriptivo. *Health and Addictions/Salud y Drogas, 23(1)*, 333–348.

<https://www.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=768&path%5B%5D=578>

ANEXOS

Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento tiene el propósito de entregar toda la información necesaria para que usted pueda decidir sobre su participación en este proyecto de investigación.

Se le invita participar de manera voluntaria en un estudio cuyo objetivo es analizar las actitudes hacia personas con trastornos mentales en estudiantes universitarios. Esta investigación forma parte de un trabajo de tesis de grado para optar al título de Psicólogo/a en la Universidad de Atacama.

Su participación consistirá en responder un cuestionario sociodemográfico y dos instrumentos de medición: la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental (CAMI) y el cuestionario Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC) adaptados al contexto universitario, los cuales se aplicarán de forma online. El tiempo estimado de respuesta es de aproximadamente 15 a 25 minutos.

Usted no obtendrá beneficios personales por participar en esta investigación. Sin embargo, la información que usted nos entregue será de gran valor académico.

No se anticipan riesgos asociados a su participación en este estudio. Si alguna de las preguntas le genera incomodidad, puede dejar de responder en cualquier momento.

Su participación será anónima y sus respuestas no se vincularán a su nombre ni a datos que permitan identificarle. La información se usará únicamente con fines académicos.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que esto le genere consecuencias de ningún tipo.

Si tiene preguntas acerca de esta investigación, puede contactar a los investigadores responsables:

matias.alvarez.20@alumnos.uda.cl

giovanna.ponce.18@alumnos.uda.cl

alejandra.vega@uda.cl

Anexo B

Enlace a la encuesta online:

<https://forms.gle/KZgKcXKCA6neTpK17>

Anexo C



UNIVERSIDAD
DE ATACAMA

Psicología

SEMESTRE 1	SEMESTRE 2	SEMESTRE 3	SEMESTRE 4	SEMESTRE 5	SEMESTRE 6	SEMESTRE 7	SEMESTRE 8	SEMESTRE 9	SEMESTRE 10
EPISTEMOLOGÍA DE LAS CIENCIAS	INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA	ANÁLISIS CUANTITATIVO	ANÁLISIS CUALITATIVO	CONSTRUCCIÓN DE PRUEBAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	CONSTRUCCIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS EN PSICOLOGÍA	ELECTIVO PROFESIONAL I	PROYECTO DE TESIS	TESIS DE GRADO Y DEFENSA
BASES BIOLÓGICAS DE LA CONDUCTA HUMANA	NEUROPSICOLOGÍA	PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO INFANTO-JUVENIL	PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL	PSICOPATOLOGÍA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	FUNDAMENTOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	ELECTIVO PROFESIONAL II	PRÁCTICA PROFESIONAL I	PRÁCTICA PROFESIONAL II
SOCIO-ANTROPOLOGÍA	PSICOLOGÍA SOCIAL	PSICOLOGÍA COMUNITARIA	TEORÍAS SISTÉMICAS	PROBLEMÁTICAS PSICOSOCIALES COMPLEJAS	PSICOLOGÍA EDUCACIONAL Y PROBLEMÁTICAS DE CONTINGENCIA ACTUAL	PSICOLOGÍA EN EL CONTEXTO ESCOLAR	ELECTIVO PROFESIONAL III		
PSICOLOGÍA GENERAL	PROCESOS PSICOLÓGICOS Y AFECTIVOS	TEORÍA PSICOANALÍTICA	PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD	EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA	TÉCNICAS PROYECTIVAS	PSICODIAGNÓSTICO INTEGRADO	ELECTIVO PROFESIONAL IV		
TEORÍAS DE LA COMUNICACIÓN HUMANA	TEORÍAS DEL APRENDIZAJE Y LA CONDUCTA	TEORÍAS COGNITIVAS	TEORÍAS HUMANISTAS	PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL Y DEL TRABAJO	GESTIÓN DE PERSONAS Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL	ÉTICA PROFESIONAL	ELECTIVO PROFESIONAL V		
TALLER DE DESARROLLO PERSONAL I	TALLER DE INTEGRACIÓN I	TALLER DE DESARROLLO PERSONAL II	TALLER DE INTEGRACIÓN II	TALLER DE DESARROLLO PERSONAL III	TALLER DE INTEGRACIÓN III	TALLER DE DESARROLLO PERSONAL IV	TALLER DE DESARROLLO PERSONAL V		
INGLÉS I	INGLÉS II	INGLÉS III	INGLÉS IV	ELECTIVO GENERAL I	ELECTIVO GENERAL II	ELECTIVO GENERAL III	ELECTIVO GENERAL IV		

Anexo D



Medicina

SEMESTRE 1	SEMESTRE 2	SEMESTRE 3	SEMESTRE 4	SEMESTRE 5	SEMESTRE 6	SEMESTRE 7	SEMESTRE 8	SEMESTRE 9	SEMESTRE 10	SEMESTRE 11	SEMESTRE 12	SEMESTRE 13	SEMESTRE 14
	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN MEDICINA	INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA Y PROCEDIMIENTOS	BIOTÉCNICA APLICADA I	SEMIOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA	SEMINARIO PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD I	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD II	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD III	ATENCIÓN PRIMARIA Y MEDICINA FAMILIAR				
AUTOGESTIÓN DEL APRENDIZAJE		BIOTÉCNICA	PSICOLOGÍA MÉDICA	PSICOPATOLOGÍA MÉDICA	ELECTIVO I			TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	MEDICINA LEGAL Y FORENSE				
FÍSICA APLICADA A LA MEDICINA	FISIOLOGÍA HUMANA I	FISIOLOGÍA HUMANA II	FISIOPATOLOGÍA I	FISIOPATOLOGÍA II	SOCIOLOGÍA MÉDICA	INTEGRADO DE MEDICINA Y CIRUGÍA I		PEDIATRÍA Y CIRUGÍA INFANTIL	MEDICINA LABORAL / TOXICOLOGÍA	INTERNADO DE MEDICINA INTERNA	INTERNADO DE ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS	INTERNADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	INTERNADO DE PEDIATRÍA
QUÍMICA GENERAL Y ORGÁNICA	BIOQUÍMICA		FARMACOLOGÍA MÉDICA I	FARMACOLOGÍA MÉDICA II	NUTRICIÓN Y VIDA SANA		MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	PEDIATRÍA Y CIRUGÍA INFANTIL	INTEGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	INTERNADO DE PEDIATRÍA Y SALUD MENTAL COMUNITARIA	INTERNADO DE TRAUMATOLOGÍA	INTERNADO DE MEDICINA FAMILIAR COMUNITARIA	INTERNADO ELECTIVO
ANATOMÍA Y EMBRIOLOGÍA I	HISTOLOGÍA	NEUROCIENCIA BÁSICA			OPRATIVO I	NEUROCIENCIA CLÍNICA			PSIQUIATRÍA				
BIOLOGÍA CELULAR Y MOLECULAR		METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD	MICROBIOLOGÍA GENERAL E INMUNOLOGÍA	ENFERMEDADES INFECCIOSAS	INFORMÁTICA MÉDICA	OPRATIVO II	ELECTIVO II	OTOLINGÜECOLOGIA	OTOLINGÜECOLOGIA				
MATEMÁTICAS PARA MEDICINA	COMUNICACIÓN EFECTIVA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD		BIESTADÍSTICA	EPIDEMIOLOGÍA Y HSE	SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN		MEDICINA PREVENTIVA						
	INGLÉS I	INGLÉS II			INGLÉS PARA MEDICINA I	INGLÉS PARA MEDICINA II							