



Artículo original

Caracterización del estigma percibido hacia la salud mental en la implementación de un modelo de servicios integrados en atención primaria en Colombia. Un análisis cualitativo



Maria Paula Jassir Acosta^{a,*}, María Paula Cárdenas Charry^a,
José Miguel Uribe Restrepo^b, Magda Cepeda^a, Leonardo Cubillos^c, Sophia M. Bartels^c,
Sergio Castro^a, Lisa Marsch^c y Carlos Gómez-Restrepo^{a,b,d}

^a Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá DC, Colombia

^b Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá DC, Colombia

^c Centro de Tecnología y Salud Conductual, Escuela de Medicina Geisel, Dartmouth College, Lebanon, NH, Estados Unidos

^d Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá DC, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de noviembre de 2020

Aceptado el 25 de noviembre de 2020

On-line el 23 de febrero de 2021

Palabras clave:

Estigma

Salud mental

Atención primaria

Análisis cualitativo

R E S U M E N

Contexto: El estigma hacia la salud mental impide que personas con enfermedad mental accedan a servicios de salud mental y se beneficien de un manejo médico integral. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia reconoce que personas con enfermedad mental no consultan al médico por varias razones, entre esas el estigma.

Objetivo: Caracterizar el estigma hacia la salud mental percibido por actores involucrados en la fase temprana de implementación del proyecto DIADA. Explorar si la implementación de este modelo podría ser una estrategia para disminuir el estigma. Describir el impacto de la implementación en la vida de pacientes y la práctica médica.

Materiales y métodos: Se realizó un análisis secundario de 24 entrevistas a 18 actores (7 pacientes, 5 médicos y 6 administrativos) implementando la técnica de análisis rápido.

Resultados: Entre los efectos principales del estigma se encuentra: rehusar la atención médica, no reconocimiento de la enfermedad, vergüenza y señalamiento. La mitad de los actores refieren que la implementación tuvo un impacto en el estigma. Todos los actores refieren que la implementación tuvo un impacto positivo.

Conclusiones: El estigma percibido es de carácter social y estético. La comunicación y la consciencia en torno a la salud mental mejora, lo cual podría facilitar el acceso al tratamiento en salud mental y fortalecer la relación médico-paciente. La cultura es importante para entender el estigma hacia la salud mental en la población estudiada.

© 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: m.jassir@javeriana.edu.co (M.P. Jassir Acosta).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.017>

0034-7450/© 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Characterizing the perceived stigma towards mental health in the early implementation of an integrated services model in Primary Care in Colombia. A qualitative analysis

A B S T R A C T

Keywords:

Stigma
Mental health
Primary care
Qualitative analysis

Background: Stigma is a sociocultural barrier to accessing mental health services and prevents individuals with mental health disorders from receiving mental health care. The Ministry of Health and Social Protection of Colombia acknowledges that a great number of people with mental disorders do not seek medical aid due to stigma.

Objectives: Characterise the perceived stigma towards mental health among the stakeholders involved in the early implementation of the DIADA project [Detección y Atención Integral de Depresión y Abuso de Alcohol en Atención Primaria (Detection and Integrated Care for Depression and Alcohol Use in Primary Care)]. Explore whether the implementation of this model can decrease stigma. Describe the impact of the implementation on the lives of patients and medical practice.

Materials and methods: Eighteen stakeholders (7 patients, 5 physicians and 6 administrative staff) were interviewed and a secondary data analysis of 24 interview transcripts was conducted using a rapid analysis technique.

Results: The main effects of stigma towards mental health disorders included refusing medical attention, ignoring illness, shame and labelling. Half of the stakeholders reported that the implementation of mental health care in primary care could decrease stigma. All of the stakeholders said that the implementation had a positive impact.

Conclusions: The perceived stigma was characterised as social and aesthetic in nature. Communication and awareness about mental health is improving, which could facilitate access to mental health treatment and strengthen the doctor-patient relationship. Culture is important for understanding stigma towards mental health in the population studied.

© 2021 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

Las enfermedades mentales corresponden al 7% de la carga de enfermedad a nivel mundial y casi a un cuarto de la capacidad global total¹. Algunos estudios muestran que el impacto verdadero de las enfermedades mentales podría estar subestimado². En países de medianos y bajos ingresos aproximadamente el 79-93% de personas con depresión no tienen acceso a tratamiento por la baja disponibilidad de profesionales en salud mental y la pobre implementación de programas de salud mental³. Aun cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la integración de servicios en salud mental a la atención primaria como una estrategia para lograr sobrellevar dichos obstáculos³, la atención integral para la salud mental en países de medianos y bajos recursos usualmente es lenta y poco efectiva debido a varios factores, como el estigma hacia la salud mental⁴.

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, en Colombia la prevalencia de tener una enfermedad mental durante la vida es del 10% en todas las edades⁵. La prevalencia de depresión en adultos a lo largo de la vida es alrededor del 5,3%, afectando principalmente a personas entre los 18 y 44 años, y la prevalencia de consumo riesgoso de alcohol es del 12% en esta misma franja de edad⁵. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia reconoce que muchas personas con enfermedad mental no acuden al médico para

recibir atención clínica debido al estigma que rodea la salud mental⁶. En Colombia, la Ley 1616 de 2013 reconoce, conforme a la Agenda de 2030 definida por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), «la necesidad de hacer más esfuerzos para reducir la estigmatización de los enfermos mentales y ofrecer servicios de salud mental a la población»⁷. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos y propuestas que se han realizado dentro del marco legal y ejecutivo, todavía persisten brechas de importancia, relacionadas con factores económicos, geográficos y culturales, que impiden el acceso a servicios de salud mental⁸.

El proyecto DIADA (Detección y Atención Integrada de la Depresión y Uso de Alcohol en Atención Primaria) es un proyecto sistemático, multicéntrico de investigación e implementación que implementa un nuevo modelo de atención para la salud mental en Colombia⁹. Como objetivo principal, DIADA propone integrar la salud mental a la atención primaria a través de la tecnología móvil, el modelo colaborativo y la capacitación de actores, guiado principalmente al tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno de la depresión y el uso riesgoso de alcohol. En este proyecto se llevó a cabo una fase piloto en un único sitio de atención primaria localizado en zona urbana (Bogotá) con posterior implementación a seis centros de atención primaria en distintas comunidades colombianas, tanto rurales como urbanas⁹.

Otros países de medianos y bajos ingresos han implementado estrategias de integración de salud mental en atención

primaria y el estigma ha sido identificado como una barrera común^{3,4}. Por lo tanto, resulta pertinente realizar un análisis del estigma hacia salud mental y su rol en la implementación temprana en proyectos de este estilo.

Adicionalmente, es importante mencionar que en Colombia el alcohol es utilizado con fines recreativos, sociales, ritualísticos e incluso religiosos, y su consumo se ve presente no solo en momentos de ocio y celebración sino también ante el dolor, la tristeza y la angustia¹⁰. Al igual que en el resto del mundo, el consumo de alcohol es una práctica avalada socialmente^{10,11}. Es decir que, en términos culturales, la aceptación del alcohol no es algo netamente colombiano, pero sí un aspecto que podría incidir en la percepción del estigma hacia la salud mental cuando se habla de trastornos por consumo de este.

Marco teórico

Según afirma Erving Goffman en su libro *Estigma: Notas acerca del manejo de la identidad arruinada* (1963), el estigma es un «atributo profundamente desacreditador» que tiene como resultado un cambio en la percepción del individuo estigmatizado, quien anteriormente era «una persona completa y normal», pero a partir de ser estigmatizado resulta una persona «contaminada e indigna»¹². El estigma coloca al individuo en una condición de inferioridad y pérdida de estatus, lo cual genera sentimientos de vergüenza, culpabilidad y humillación¹³. Adicionalmente, se compone de varias dimensiones que facilitan el desarrollo y el mantenimiento del estigma, al igual que el rechazo social hacia los individuos afectados^{13,14}. Las dimensiones del estigma aplicadas a la salud mental consideradas en este estudio¹⁴ se encuentran en la [tabla 1](#).

El estigma también se puede describir desde una dimensión social, incluyendo principalmente el estigma social, ejercido por la población general, y el autoestigma, ejercido por el individuo al interiorizar el estigma social percibido^{14,15}. Por tanto, las fuentes desde donde se crea el estigma pueden ser diversas.

El estigma priva a las personas de su dignidad e interfiere con su participación en la sociedad¹⁶. Es común que las personas que padecen enfermedades mentales experimenten estigma dentro del sistema de salud¹⁷, tanto a nivel personal como por la negligencia hacia la salud mental dentro de sistema de salud por parte de actores ejecutivos y legislativos (los responsables del desarrollo e implementación de la infraestructura teórica dirigida hacia el mejoramiento del sistema de salud)¹⁸. El estigma puede no solo exacerbar la experiencia de la enfermedad mental en los que la padecen, dado que compromete la calidad de vida de los individuos¹⁵, sino que impide que personas que podrían beneficiarse de atención clínica busquen un tratamiento oportuno¹².

Partiendo de lo anterior, el estigma se concibe como una importante barrera sociocultural que impide el acceso a servicios para personas que recogen criterios diagnósticos de enfermedad mental y los priva de la posibilidad de recibir un cuidado integral y comprensivo hacia su condición¹⁸.

Tabla 1 – Dimensiones del estigma y sus significados¹⁴

Dimensiones	Significado
Peligrosidad	Se refiere a la percepción de que las personas con enfermedades mentales son aterradoras, impredecibles y extrañas
Estético	Relacionado con la percepción de que los comportamientos de las personas con enfermedades mentales no se adhieren a las normas sociales esperadas y esto genera malestar
Origen	Basado en la creencia de que las enfermedades mentales son causadas, en parte, por factores genéticos y biológicos
Controlabilidad	Asociado a la creencia de que las personas con enfermedad mental no hacen ningún esfuerzo para mejorar; por lo tanto, son culpados por su condición. También está relacionado con una interpretación moral de los problemas de salud mental
Lástima	Relacionado con el hecho de que la sociedad suele compadecer más a aquellos individuos con enfermedades mentales que se perciben como «menos controlables»
Visibilidad	Relacionado con lo evidentes y visibles que son los síntomas. Si la enfermedad es más visible, se genera más estigma
Curso y estabilidad	Relacionado con la probabilidad de que una persona pueda mejorar, teniendo en cuenta las recaídas, las crisis y la posibilidad de una cura
Disruptividad	Tiene en cuenta el posible impacto de la enfermedad en relación con las relaciones del individuo o su posibilidad de tener éxito en la sociedad

Materiales y métodos

Se aprobó el protocolo de este estudio por parte de las juntas de revisión institucionales del Dartmouth College, en Estados Unidos, y de la Pontificia Universidad Javeriana, en Colombia. Durante la fase temprana de la implementación del modelo DIADA de atención en salud mental en sitios de atención primaria afiliados al proyecto se realizaron 24 entrevistas individuales y semiestructuradas a 18 actores que incluían personal administrativo, médicos y pacientes directamente involucrados en el proyecto. Todos los actores diligenciaron previamente un formato de consentimiento informado explicando el propósito de las entrevistas, asegurando su anonimato y que el uso y almacenamiento de los datos recolectados sería confidencial y exclusivo para los investigadores del grupo DIADA. Asimismo, se realizó un consentimiento verbal al momento previo de la entrevista que refuerza lo constatado en el consentimiento físico. Las entrevistas semiestructuradas se basaron en tres guías de entrevistas realizadas previamente por el equipo para cada grupo de actores y tenían como objetivo explorar las percepciones, aptitudes, actitudes, prácticas y experiencias de los actores acerca del acceso, continuidad, integración, calidad y capacidad de resolución de problemas en salud mental a partir de la implementación del proyecto DIADA⁹. Se condujeron entrevistas a todos los actores a los 3 meses posterior

Tabla 2 – Dominios utilizados en los formatos de análisis de texto

Dominios	Subdominios
I. Estigma percibido hacia la salud mental	A. Nivel social de estigma (¿De dónde viene?) B. Dimensiones del estigma (características) C. Efectos del estigma D. Ejemplos (cotizaciones específicas)
II. ¿La implementación del modelo ha afectado al estigma percibido?	A. ¿Podría la tecnología cambiar las creencias y el estigma hacia la salud mental? ^a
III. ¿La implementación del modelo ha afectado la vida del paciente?	
IV. ¿La implementación del modelo ha afectado a la práctica de los médicos generales? ^a	

^a Dominio o subdominio aplicado únicamente al personal administrativo y al grupo de médicos.

a la implementación del proyecto DIADA; sin embargo, de estos, solo seis actores (3 médicos y 3 administrativos) fueron entrevistados una segunda vez a los 6 meses postimplementación. Todas las entrevistas fueron transcritas desde el audio original a un formato de Word y posteriormente fueron de-identificadas y almacenadas en un archivo de computador seguro.

Los datos se analizaron utilizando la técnica de «análisis rápido». El análisis rápido es una técnica de reducción y organización de datos que parte de realizar formatos de análisis de textos aplicando dominios de manera sistemática para organizar la información en tablas y facilitar el análisis del contenido¹⁹. Partiendo de las guías de entrevista, se creó un formato de análisis de entrevista en el programa Word para cada grupo de actores. Se realizaron tres formatos de análisis de entrevista que incluían cuatro dominios neutrales para pacientes y tres para los médicos y personal administrativo; cuatro subdominios para todos los actores, y un subdominio adicional para el grupo de médicos y personal administrativo. Los dominios y subdominios utilizados son neutrales y específicos y se encuentran organizados en la [tabla 2](#).

Los formatos de análisis se aplicaron de manera sistemática a partir de la lectura de la transcripción de la entrevista y

el llenado del formato de análisis para cada uno de los actores en cada grupo. La información recogida a partir de los formatos de análisis fue trasladada a tres matrices diferentes, una para cada grupo de actores, en el programa Excel y posteriormente resumida utilizando abreviaciones para los aspectos frecuentemente identificados. Los formatos de análisis fueron desarrollados y las entrevistas fueron analizadas por un solo investigador. Este investigador es una mujer colombiana, médico general.

Resultados

Los resultados del análisis de las entrevistas se muestran en tablas: en la [tabla 3](#) están los resultados de los pacientes, en la [tabla 4](#) los del personal administrativo y en la [tabla 5](#) los de los médicos; en la [tabla 6](#) se presentan las convenciones respectivas.

Caracterización del estigma

Todos los actores (n=18/18) mencionan la presencia del estigma hacia la salud mental, haciendo énfasis en el estigma social. Doce actores aluden a la dimensión estética. De los efectos del estigma, el no reconocimiento de la enfermedad fue mencionado por diez actores, el rehusar la atención médica por nueve actores, y la vergüenza y señalamiento, ambos por siete actores cada uno.

«[...] Mi familia piensa que estoy loca, o sea me lo han dado a entender también, entonces no tengo con quien hablar.» Participante (*paciente*).

«[...] y muchas veces al paciente le da pena o vergüenza, o no quiere consultar, o si cree que consulta por depresión está loco entonces no le gusta, o no sabe cómo consultar o cómo manejarlo [...]» Participante (*médico*).

Ocho actores relacionan el estigma con creencias ligadas a la cultura, especialmente al consumo riesgoso de alcohol, y cuatro actores con creencias de roles de género. Como parte de las creencias de roles de género, se identificó una frecuente alusión al concepto del «machismo».

«Todo lo celebramos con alcohol. Entonces como forma parte de nuestra vida normal, y como de nuestra cultura, si se podría decir, no la vemos como un problema hasta que realmente algo muy grave pasa [...]» Participante (*médico*).

Tabla 3 – Resultados del grupo de pacientes

Sujeto	¿Hay percepción de estigma?	Nivel de estigma	Dimensión	Efectos del estigma	Impacto de DIADA en el estigma	Impacto de DIADA en su vida personal
1	Sí	AuE, ES	Est	CCP, RAM, V	/	CCP, MBI, MR
2	Sí	AuE, ES	Est	Se, Ais, S	/	MBI, MC, ASM
3	Sí	ES	Con	SI	/	MBI, MC, SC
4	Sí	AuE, ES	Est	NDE, CG, RAM, V, CC	CeC	CeC, MR, SC, Pos, CCP
5	Sí	AuE, ES	Est	Ais, V, Se	/	MC, MBI, CCP, SC
6	Sí	ES	/	V, Se	/	Pos, MC, MBI, SC
7	Sí	ES	/	NDE	/	MC, SC

Tabla 4 – Resultados del grupo del personal administrativo

Sujeto	¿Hay percepción de estigma?	Nivel de estigma	Dimensión	Efectos del estigma	Impacto de DIADA en el estigma	¿La tecnología podría cambiar creencias, percepciones y estigma hacia la salud mental?	Impacto de DIADA en la vida personal del paciente	Impacto de DIADA en la práctica médica
8	Sí	/	/	RAM	/	TFC, CeC, CC	SC	MHC
9	Sí	ES	Es	RAM, Se, NDE, CC	TCE, Se	TFC, CC	MBI, Mcom	MHC, ME, MC
10	Sí	ES	/	NDE	/	TFC, AC	Mcom, MC, MBI	MHC
11	Sí	ES	/	NDE, CC	/	TFC, CC	Mcom, ASM, AC, MC	MHC, AC
11 FU	Sí	ES	/	MAS	/	/	ASM, MC	MHC, AC
12	/	/	/	/	/	TFC, CC, MHC	AD	ME, MHC
12 FU	Sí	ES	Es	Se, V	AC, MC	N	ASM	MHC, AC, DI, AD
13	Sí	AuE, ES	Es, Con, C/E	IM, RP, CC	TCE, Mcom	/	MBI, MH, MR, MC, MRMP	ME, MHC, DI, MRMP, EN
13 FU	/	/	/	/	AC	/	MC	AC, AD

Tabla 5 – Resultados del grupo de médicos

Sujeto	¿Hay percepción de estigma?	Nivel de estigma	Dimensión	Efectos del estigma	Impacto de DIADA en el estigma	¿La tecnología podría cambiar creencias, percepciones y estigma hacia la salud mental?	Impacto de DIADA en la vida personal del paciente	Impacto de DIADA en su práctica médica
14	Sí	AuE, ES	Est, Pe	V, RAM, NDE	Mcom	TCE ASM, CeC	DR, AD, MC	EN, AD, MC
15	Sí	AuE, ES	Est	NDE, CC, RAM	Mcom	TCE, AC, CeC, Mcom	MC, AD, MRMP, SC	MHC, ME, AD, MRMP, CCP
16	Sí	AuE, ES	Est, Con, Ori	V, CG, CC, RAM	Mcom	TFC, AC	MBI, AD, SC, MC	MC, MHC, MRMP, AC
16 FU	Sí	ES	Est	V, Se, NDE, CC	AC, ASM	/	AC, MC, MRMP, Mcom	ME, AD, AC, MC, CeC
17	Sí	AuE, ES	Est	CC, NDE, CG, RAM	Mcom	TFC, CG	AC, Mcom, AD, MBI, MRMP, MC	MHC, MRMP, ME,
17 FU	Sí	AuE, ES	/	RAM	/	/	AC, MBI, MC	Mcom, MHC, EN
18	Sí	AuE, ES	Est	NDE, CC, RAM, Se	Mcom, CG	TCE, CC, AC	MRMP, MC, SC	AD, AC, MRMP, CCP
18 FU	Sí	AuE, ES	Est	RAM, NDE, CG, Se	Mcom, AC, CGP, CG	/	AC, AD, ASM, MBI, MC	AD, AC, MHC, CCP

«[...] para uno decirle a alguien que está deprimido o que está aburrido de la vida es muy raro. Uno no lo comparte. Ahí sí, como uno dice, se lo traga. Uno como hombre no es capaz.» Participante (paciente).

«[...] puede que [los hombres] estén deprimidos y no lo demuestren ante la sociedad porque es debilidad, en toda la cuestión de machismo de que el hombre no llora, no se deprime, el hombre es fuerte, entonces puede que ellos estén deprimidos, pero no lo quieran expresar, porque

socialmente que un hombre se deprima y llore entonces que es malo [...]» Participante (médico).

Impacto de DIADA en el estigma

Diez actores refieren que el proyecto DIADA tuvo impacto en el estigma, relacionado principalmente al mejoramiento de la comunicación y al aumento de la consciencia acerca de las enfermedades mentales.

Tabla 6 – Leyendas de las abreviaturas de las tablas

AuE	Autoestigma	AE	Aumento de estrés	NDE	No reconoci- miento de la enfermedad	CeC	Cambios en creencias	Pos	Positivismo	DI	Disminución de la incerti- dumbre diagnóstica
ES	Estigma social	SI	Sentimientos de incapacidad o inferioridad	CG	Creencias ligadas a los roles de género	MH	Mejoramiento de habilidades	TCE	Tecnología cambiando el estigma hacia la salud mental	AC	Aumento de consciencia hacia la salud mental
Ori	Origen	S	Socavamiento de la enfermedad	IM	Incertidumbre médica	MR	Mejoramiento de relaciones	TFC	Tecnología facilitando cambio hacia la mejora del estigma	DR	Disminución de riesgo para pacientes (mortalidad, hospitalización, etc.)
Con	Controlabilidad	Ais	Aislamiento	RP	Repercusiones personales	MBI	Mejoramiento de bienestar interno	Mcom	Mejoramiento en la comunicación acerca de temas en salud mental	EN	Efectos negativos
C/E	Curso y estabilidad	Se	Señalamiento	CC	Creencias ligadas a la cultura	ASM	Aprender acerca de la salud mental	MRMP	Mejoramiento en la relación médico-paciente	AD	aumento en la detección de enfermedades mentales
Pe	Peligrosidad	RAM	Rehusar la atención médica	MAS	Menor acceso a la salud	MC	Mejora clínica de síntomas	MHC	Mejoramiento de habilidades clínicas	/	No mencionado por el entrevistado
Est	Estética	V	Vergüenza	CCP	Cambio com- portamental positivo	SC	Sentirse cuidado por alguien	ME	Mejoramiento de eficiencia en consulta	N	La tecnología no tiene impacto en el estigma percibido

«Hay pacientes que son como muy renuentes, como muy tímidos a la hora de hablar de sus problemas emocionales, entonces he visto que con el tamizaje ellos se abren más y como que de eso que nunca habían hablado en la consulta pues lo pueden hablar abiertamente.» Participante (médico).

«Yo creo que de verdad una de las principales ventajas ha sido la sensibilidad de los profesionales o de todos los médicos ante los problemas de salud mental.» Participante (administrativo).

«¿La tecnología podría cambiar creencias, percepciones y estigma hacia la salud mental?»

Con respecto esta pregunta, dirigida hacia los médicos y administrativos (n = 11/18), siete actores mencionan que la tecnología facilita el cambio hacia la disminución del estigma. Fueron frecuentes comentarios acerca de cómo las creencias ligadas a la cultura y el aumento de consciencia hacia la salud mental juegan un papel importante en el impacto que podría tener la tecnología sobre el estigma. Tres actores afirman que la tecnología puede cambiar el estigma. Un actor refiere que la tecnología no tiene impacto en el estigma.

«Se puede apoyar en la tecnología para poder mejorar o hacer un cambio social, pero la tecnología como tal solamente no te va a permitir hacer ese cambio social: que te permita quitar tabús o estigmas que en un momento no llegan a ser “normales” [...] Digamos, que para hacer ese cambio, como algo muy cultural que está muy arraigado en nuestra cultura, porque, como en el caso del alcoholismo que es aceptado socialmente, creo que se deben tener muchos más componentes y no solo el componente tecnológico.» Participante (administrativo).

Impacto de DIADA en la vida de los pacientes

Los actores (n = 18/18) mencionan con frecuencia la mejoría clínica, el mejoramiento del bienestar interno del paciente y que los pacientes se sienten cuidados por alguien. Adicionalmente, hubo referencias hacia el mejoramiento de la comunicación, la relación médico-paciente, el aumento de la consciencia hacia la salud mental y aprender acerca de esta.

«[...] siento que formo parte de algo que puede llegar a ser imprescindible o importante para la sociedad en común. Segundo, si bien no he hecho uso de la aplicación, siento que he disminuido la manera en que consumía alcohol [...]. Me parece que ha sido positivo, me ha gustado también, me ha gustado que estén pendientes, como que haya comunicación [...]. No todos los días alguien llama a preguntarte cómo estás, qué has hecho estos días [...]» Participante (paciente).

«Mire que lo relaja a uno, responder eso. Esas preguntas que le hacen a uno, sobre todo la última de “si usted tiene ganas o ha tenido intentos de suicidarse”, ahí es donde uno se da cuenta que la vida es muy bonita y uno nunca ha tenido esos pensamientos. Uno tiene que seguir es paadelante.» Participante (paciente).

Impacto de DIADA en la práctica médica

Los actores del grupo de los médicos y personal administrativo (n = 11/18) enfatizan en el mejoramiento en habilidades clínicas en temas de salud mental, la eficiencia de la consulta con el tamizaje, el aumento de detección de enfermedades mentales, el aumento de consciencia acerca de la salud mental y el mejoramiento en la relación médico-paciente. Solo tres actores mencionaron efectos negativos que principalmente consistían en problemas técnicos de conectividad de la tecnología usada para el tamizaje o confirmación diagnóstica y aumento de estrés por parte del personal médico.

«[...] yo creo que la ganancia que hemos tenido es como adquirir un poco más de sensibilidad y de verdad de empezar nosotros a preguntarnos un poco y a preocuparnos por realmente: ¿cómo es que se siente ese paciente?» Participante (médico).

«[...] digamos que en este proceso uno como que adapta la atención a su ejercicio, entonces ya tienes como herramientas, tanto farmacológicas como no farmacológicas, para el paciente, y a mí, por ejemplo, me ha parecido muy interesante lo de la parte como de perderle el miedo a darle un medicamento al paciente...» Participante (médico).

«Entonces pienso que podría llegar a mejorar la relación médico-paciente en ese sentido porque pues el paciente se sentiría como “Bueno, usted se está preocupando por, no solamente por mi rodilla, sino también me está preguntando cómo me siento, si estoy deprimido, si duermo bien, si me concentro”...» Participante (médico).

Discusión

El estigma, entendido comúnmente bajo el marco cognitivo social¹⁴, desencadena un proceso que incluye estereotipos, prejuicios y discriminación²⁰. Los estereotipos permiten categorizar a las personas en grupos sociales, generando expectativas acerca de cómo debería ser el comportamiento de un individuo perteneciente a un grupo específico²⁰. En el caso de individuos con enfermedad mental, se suman los prejuicios dirigidos hacia ellos generando no solo estereotipos negativos sino reacciones negativas hacia esa misma población^{20,21}. La discriminación, la evasión y la exclusión son ejemplos de estas reacciones^{21,22}. En este estudio, el estigma hacia la salud mental fue percibido por todos los actores, recalando su importancia tanto en el proceso diagnóstico-terapéutico como en el ámbito personal de pacientes con enfermedad mental.

Llama la atención que el estigma social es percibido con más frecuencia, aun cuando tiende a haber una superposición importante con la percepción del autoestigma. Esta superposición en los niveles de estigma sugiere que los efectos de este no se dan solo por dinámicas propias del estigma social, sino que el autoestigma contribuye a que se internalicen los estereotipos y prejuicios por los mismos individuos.

Podemos relacionar el nivel social del estigma con la estética, dado que esta se deriva de la incomodidad generada en la población general al estar ante un individuo cuyos comportamientos se salen de lo que es considerado «normal»¹⁴.

Lo anterior sugiere que en la población existe una preocupación más acentuada por cómo serán percibidos por parte de los otros que por sí mismos. Por esto, resulta concordante que haya una mención frecuente del no reconocimiento de la enfermedad y del rehusar la atención médica como efectos comunes del estigma. Igualmente, la vergüenza y el señalamiento son efectos que se relacionan con la estética, ya que, al ser estigmatizado, se crea un estereotipo que permite el señalamiento y produce vergüenza en el individuo en cuestión; y esto, sumado a los prejuicios preexistentes, permite la ejecución de actos discriminatorios^{15,21}.

En la literatura, la vergüenza como efecto del estigma se encuentra ligada al autoestigma^{15,21}, ya que, al internalizar el estigma creado por la sociedad, los individuos tienen pensamientos y reacciones emocionales negativas que comúnmente llevan a sentir vergüenza de sí mismos. Esto tiene como consecuencia la evasión en ciertas situaciones, dado que originalmente hubo estigmatización externa y los individuos se estigmatizan a ellos mismos^{15,21}. La vergüenza, más allá de ser solo una consecuencia más que es vivida por el individuo, posiblemente es un efecto que se relacione con otros efectos en el estudio, como el no reconocimiento de la enfermedad y rehusar la atención médica.

Impacto del proyecto DIADA en el estigma hacia la salud mental

Cambiar las actitudes y los comportamientos que promueven el estigma es un proceso difícil en el cual se han estudiado varios métodos para disminuirlo¹⁶. En un metaanálisis, Corrigan et al. concluyen que los métodos educativos —cuyo objetivo es corregir mitos y falsas creencias acerca de la enfermedad mental— y el tener contacto en vivo con personas con enfermedad mental son los métodos más efectivos para disminuir el estigma en adultos²³. En este estudio los actores resaltan que el proyecto DIADA podría tener un impacto en el estigma, ya que refieren el aumento de la concientización acerca de las enfermedades mentales y el mejoramiento de la comunicación acerca de temas en salud mental.

Entonces, en la medida que la población se vuelva consciente de la importancia de la salud mental y, por ende, perciba que las enfermedades mentales son comunes, las personas que padecen estas patologías, estén diagnosticadas o no, podrían sentirse más a gusto hablando acerca de ellas tanto con un profesional como con su círculo familiar o social. Lo anterior facilitaría no solo el diagnóstico de las enfermedades mentales en Colombia, sino también su tratamiento oportuno, reforzaría la relación médico-paciente y la calidad de vida de las personas que requieran servicios en salud mental²³.

De igual forma, es importante recalcar que el estigma hacia la salud mental no es la única barrera que limita el acceso a los servicios de salud mental, pues en nuestro contexto también existen barreras financieras, estructurales (como la localización geográfica, etc.) y falta de conocimiento en rutas de atención que obstaculizan de manera importante el acceso y la adherencia al tratamiento⁵. El proyecto DIADA propone sobrellevar algunas de estas barreras, ya que facilita el acceso a servicios de salud mental para muchos usuarios y, al hacer esto, permite que haya un impacto en el estigma hacia la salud mental. Por ende, se podría concluir que solucionar otras

barreras de acceso también es una manera de abordar la problemática del estigma hacia la salud mental.

Conciencia al impacto de la tecnología sobre las creencias, percepciones y estigma acerca de la salud mental

Aun cuando algunos actores del grupo de médicos y personal administrativo mencionan que la tecnología sí tiene un poder de cambio, llama la atención que la mayoría de los actores hacen referencia a la tecnología como un agente facilitador de cambio, con la limitante de que es necesario un cambio a nivel cultural para que haya impacto en el estigma. Adicionalmente, los actores mencionan que el cambio que realiza la tecnología va en relación con el aumento de la concientización por parte de la población acerca de la importancia de la salud mental y de las enfermedades mentales.

Impacto del proyecto DIADA en la vida de los pacientes y en la práctica de los médicos

Todos los actores perciben que el proyecto DIADA tuvo un impacto positivo en la vida de los pacientes, con frecuentes alusiones a la mejoría clínica, el mejoramiento del bienestar interno del paciente, disminución de consumo de alcohol y síntomas depresivos, positivismo, etc. Adicionalmente, dentro del grupo de pacientes hubo alusiones frecuentes al sentirse apoyado y cuidado por parte de alguien, en referencia a los seguimientos clínicos telefónicos realizados en el estudio.

Los actores del grupo de médicos y administrativos mencionaron muchos aspectos positivos que el proyecto DIADA ha brindado a la práctica médica, como el mejoramiento en habilidades clínicas en temas de salud mental, la eficiencia de la consulta con el tamizaje, el aumento de detección de enfermedades mentales, el aumento de consciencia acerca de la salud mental y el mejoramiento en la relación médico-paciente.

Teniendo esto en cuenta, de ser implementado a largo plazo, un modelo como DIADA podría traer múltiples beneficios, mejorando la calidad de vida y el curso de la enfermedad de pacientes con enfermedad mental, y facilitaría el diagnóstico, el tratamiento a corto y a largo plazo, y fortalecería el vínculo entre los pacientes y sus médicos tratantes.

Aspectos culturales del contexto colombiano y el estigma

Al hablar de estigma, la cultura es un aspecto importante para tener en cuenta, dado que es un factor que moldea el estigma en una sociedad²⁴. En este caso entendemos la cultura como los atributos, sistema de creencias y valores compartidos por una población que influyen en sus costumbres, normas, prácticas, instituciones sociales, procesos psicológicos y organizaciones²⁵. Entonces, para entender el estigma percibido en este estudio, es importante comprender las particularidades culturales desde el punto de vista colombiano y cómo, asimismo, la cultura colombiana interactúa con el estigma y lo caracteriza.

Creencias sobre roles de género y machismo

En el estudio hubo alusiones al «machismo» y mención de los roles de género como factores culturales que juegan un rol

importante en el estigma percibido. Estas creencias suponen una barrera, para los hombres particularmente, que evita la comunicación, la aceptación o el reconocimiento acerca de un tema de salud mental.

El machismo, según la Real Academia Española, es «una forma de sexismo o discriminación caracterizada por la prevalencia del varón»²⁶. Según la antropóloga colombiana Mara Viveros Vigoya, el machismo también puede ser definido como «la obsesión masculina con el predominio y la virilidad, que tiene expresión en la posesividad respecto de la propia mujer y en actos de agresión y jactancia en relación con otros hombres»²⁷. Entonces, teniendo en cuenta que varios actores mencionan que los hombres tienen más dificultades para aceptar diagnósticos de enfermedad mental que las mujeres, es importante entender el papel que juegan el machismo y los roles de género establecidos socialmente en el estigma hacia la salud mental.

En Colombia, se espera comúnmente que los hombres sean fuertes y sean los principales proveedores económicos de un hogar. En un estudio exploratorio de género peruano mencionan que los individuos con enfermedad mental temen ser rechazados por su círculo social cercano porque supone una incapacidad de cumplir las expectativas que tienen según su género²⁸. Entendiendo el machismo como factor que moldea el estigma en el contexto colombiano, vemos que ante un diagnóstico de enfermedad mental, que sugiere no solo la presencia de una falencia o debilidad en la persona diagnosticada, sino obstáculos que afectan negativamente su vida laboral²⁹, el constructo social del hombre como ser fuerte y proveedor principal económico se derrumba. Esto podría explicar la tendencia en la mención por parte de los participantes de que los hombres tienen mayores dificultades no solo para consultar por temas de salud mental sino para afrontar un diagnóstico de la misma naturaleza.

Creencias ligadas a la cultura

En el estudio se mencionan algunas creencias ligadas a la cultura, en especial cuando se habla de consumo riesgoso de alcohol y alcoholismo. El no reconocimiento de la enfermedad fue mencionado frecuentemente, y en el estudio se encuentra comúnmente ligado tanto al miedo de ser señalado como «alcohólico» como a la percepción errónea de que la ingesta de alcohol, que en algunos individuos es desmesurada, frecuente y/o riesgosa, no es nociva, ya que su consumo es algo socialmente aceptado en el contexto colombiano³⁰.

Cabe resaltar que en Colombia, especialmente en sus zonas rurales, es común que las personas consuman alcohol como parte de su cotidianidad, ya que existen bebidas artesanales (como la chicha, el guarapo, el chirrinchi, el ñeque, etc.) que son de consumo diario y temprano, es decir, un consumo que inicia habitualmente desde la infancia y es predominante durante las jornadas laborales en el campo³¹.

Partiendo de esto, se puede pensar que en un individuo que consume este tipo de bebidas, entendiendo que fueron introducidas desde temprana edad y son consideradas como parte de su día a día laboral, el hecho de enfrentarse a un diagnóstico de consumo riesgoso de alcohol podría ser problemático.

Conclusiones

El estigma percibido en el estudio es de predominio social y va en relación principalmente con el carácter estético del estigma que resulta muy importante para las personas. El estigma percibido por los actores expone como principales efectos: el no reconocimiento de la enfermedad, rehusar la atención médica, la vergüenza y el señalamiento, que en este caso actuarían como barreras de acceso a servicios para personas que necesitan atención en salud mental. Partiendo de que el estigma hacia la salud mental fue percibido de manera unánime por parte de los participantes, concluimos que realizar estudios adicionales concernientes al tema sería de gran importancia para el ámbito de salud pública y mental en el país.

Los resultados sugieren que el proyecto DIADA tuvo un impacto en la disminución del estigma ya que, al facilitar el acceso a servicios, también se aumenta la conciencia y la comunicación en torno a la salud mental. Se percibió de manera unánime que el proyecto DIADA tuvo un impacto positivo tanto en la vida de los pacientes como en la práctica de los médicos.

La implementación de tecnologías y materiales educativos fue percibida como una premisa de cambio hacia las percepciones, creencias y estigma hacia la salud mental a nivel sociocultural siempre y cuando vayan acompañadas de un cambio en el ámbito cultural. El entorno cultural de la población estudiada es un aspecto clave para entender cómo se desarrolla el estigma en el contexto colombiano. En este estudio, el machismo, los roles de género, la aceptabilidad del alcohol a nivel social y su normalización son los aspectos culturales más frecuentemente ligados a la creación de estigma hacia la salud mental. Se considera necesario realizar más análisis en torno a estos aspectos para plantear intervenciones que ayuden a disminuir el estigma hacia la salud mental que tenga en cuenta los factores culturales.

Finalmente, concluimos que implementar modelos de servicios de salud donde se logre integrar la salud mental a la atención primaria podría traer beneficios significativos cuando se habla del estigma y podría mejorar, acompañado por procesos netamente culturales, la manera en que se percibe y se maneja la salud mental en Colombia.

Financiación

La investigación reportada en esta publicación fue financiada por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) con el Número de la Subvención de 1U19MH109988 (Investigadores Principales Múltiples: Lisa A. Marsch, PhD, y Carlos Gómez-Restrepo, MD PhD). El contenido es únicamente opinión de los autores y no representan los puntos de vista del NIH o del Gobierno de los Estados Unidos. María Paula Jassir Acosta participó como Joven Investigador, financiado por el Programa Jóvenes Investigadores e Innovadores del Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación de Colombia (Contrato 829 de 2018).

Conflicto de intereses

Los autores reportan que no tienen conflictos de intereses.

La Dr. Lisa A. Marsch, una de las investigadoras principales de este proyecto, se encuentra afiliada con la compañía que desarrolló la plataforma móvil de intervención utilizada en esta investigación. Esta relación es manejada extensamente por la Dra. Marsch y su institución académica.

Agradecimientos

Los autores le agradecen a Sarah K. Moore, PhD, en Dartmouth College, por su guía en el marco teórico y en la ejecución del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington [consultado 22 Sep 2019]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
- Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:171-8 [consultado 22 Sep 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26851330>.
- Esponda G, Hartman S, Qureshi O, Sandler E, Cohen A, Kakuma R. Barriers and facilitators of mental health programmes in primary care in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2019 [consultado 22 Sep 2019]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(19\)30125-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(19)30125-7/fulltext).
- Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2007;370:1164-74 [consultado 22 Sep 2019]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS0140-6736\(07\)61263-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS0140-6736(07)61263-X/fulltext).
- Gómez Restrepo C. Encuesta Nacional de Salud Mental. *Visiondiweb.com*. 2015 [consultado 22 Sep 2019]. Disponible en: http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf.
- ABECÉ sobre la salud mental. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014 [consultado 22 Sep 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>.
- Resolución Número 0004886 de 2018. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018.
- Rojas-Bernal L, Castaño Pérez G, Restrepo-Bernal D. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. 2018 [consultado 2 March 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>.
- Marsch L, Gómez-Restrepo C. Scaling up science-based mental health interventions in Latin America. Center for Technology and Behavioral Health; Pontificia Universidad Javeriana; 2019.
- Estrategia nacional de respuesta integral frente al consumo de alcohol en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social y la Universidad Nacional de Colombia; 2011 [consultado 9 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-alcohol-colombia.pdf>.
- Ahumada-Cortez J, Gaméz-Medina M, Valdez-Montero C. El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*. 2017;13:13-24 [consultado 9 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510001>.
- Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books; 1963 [consultado 22 Sep 2019]. Disponible en: <https://www.freelists.org/archives/sigdsu/11-2012/pdfKhTzvDli8n.pdf>.
- Mora-Ríos J, Bautista N. Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Ment*. 2014;37:303-12.
- Ahmedani B. Mental health stigma: Society, individuals, and the profession. *J Soc Work Values Ethics*. 2011;8:4-16 [consultado 22 Sep 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3248273/>.
- Corrigan P. How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. *Social Work*. 2007;52:31-9 [consultado 22 Sep 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17388081>.
- Corrigan P. *The Stigma of Mental Illness*. Chicago, IL, USA: Illinois Institute of Technology; 2016 [consultado 22 Sep 2019]. Disponible en: <http://scitechconnect.elsevier.com/wp-content/uploads/2015/09/The-Stigma-of-Mental-Illness.pdf>.
- Feldman D, Crandall C. Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection? *J Soc Clin Psychol*. 2007;26:137-54 [consultado 22 Sep 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/240296562_Dimensions_of_Mental_Illness_Stigma_What_About_Mental_Illness_Causes_Social_Rejection.
- Campo-Arias A, Oviedo H, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Rev Colomb Psychiatr*. 2014;43:162-7 [consultado 22 Sep 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-estigma-barrera-acceso-servicios-salud-S0034745014000572>.
- Hamilton A. *Qualitative Methods in Rapid Turn-Around Health Services Research*. 2013 [consultado 17 Feb 2020]. Disponible en: https://www.hsrd.research.va.gov/for_researchers/cyber_seminars/archives/video_archive.cfm?SessionID=780.
- Link B, Yang L, Phelan J, Collins P. Measuring mental health stigma. *Schizophr Bull*. 2004;30:511-41 [consultado 22 Sep 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15631243>.
- Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*. 2004;59:614-25 [consultado 22 Sep 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15491256>.
- Zartaloudi A, Madianos M. Stigma related to help-seeking from a mental health professional. *Health Sci J*. 2010;4:77-83.
- Corrigan P, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüschn N. Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv*. 2012;63 [consultado 18 Feb 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23032675>.
- Yang L, Kleinman A, Link B, Phelan J, Lee S, Good B. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med*. 2007;64:1524-35.
- Abdullah T, Brown T. Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:934-48.
- Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario. 2020. Machismo [consultado 2 Mar 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/machismo>.
- Felitti K, Rizzotti A. El «machismo latinoamericano» y sus derivas en la educación internacional: reflexiones de

- estudiantes estadounidenses en Buenos Aires. *magis, Revista Internacional de Investigación en Educación*. 2016;9:13-28. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.m9-18.mlde>.
28. Robillard C. The gendered experience of stigmatization in severe and persistent mental illness in Lima, Perú. *Soc Sci Med*. 2010;71:2178-86.
 29. Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S, de Graaf R, Haro J, de Girolamo G, et al. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *J Affect Disord*. 2009;118:180-6.
 30. Cardona Arias J, Orjuela L. Consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol en estudiantes de una universidad pública de Medellín-2013. *Arch Medicina*. 2014;10:1-15 [consultado 9 March 2020]. Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com>.
 31. Tirado D, Acevedo D, Montero P. Caracterización del ñeque, bebida alcohólica elaborada artesanalmente en la Costa Caribe Colombiana. *Inf Tecnol*. 2015;26:81-6 [consultado 9 Mar 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/282197498_Caracterizacion_del_Neque_Bebida_Alcoholica_elaborada_Artesanalmente_en_la_Costa_Caribe_Colombiana.