



## CARTA AL EDITOR

## Estigma hacia los trastornos mentales y adicciones: estudio en la atención primaria de Chile

### Stigma toward mental disorders and addictions: Study in Chilean primary care

Sr. Editor:

Es de suma importancia avanzar en la integración de los servicios de salud mental en la atención primaria. Sin embargo, uno de los retos para asegurar el acceso y la calidad de las prestaciones al respecto, es el potencial estigma hacia personas que presentan trastornos mentales y/o adicciones (TMA) por parte de los propios profesionales de la salud<sup>1,2</sup>.

El estigma es un proceso que incluye los componentes de etiquetado, estereotipos, separación, pérdida de estatus y discriminación<sup>3</sup>. Uno de los conceptos más utilizados respecto al estigma es el de «distancia social», que evalúa la voluntad de interactuar con una persona con determinada condición<sup>4</sup>.

Existe evidencia que confirma la presencia de actitudes y comportamientos estigmatizadores en el personal de salud hacia personas con TMA en atención primaria<sup>2</sup>. Dicho estigma se presentaría de manera diferenciada, según la condición específica que presenten los usuarios. La esquizofrenia y la dependencia a sustancias psicoactivas se asocian a importantes niveles de estigma<sup>5,6</sup>.

Escasos estudios existen al respecto en América Latina<sup>7</sup>. En Chile se realizan importantes esfuerzos para fortalecer la salud mental en la atención primaria. El estigma representa una barrera. Así, como parte de una investigación más amplia, se reportan aquí resultados ilustrativos sobre el fenómeno del estigma, desde la perspectiva de los trabajadores/as de la atención primaria chilena, específicamente valorando posibles diferencias en distancia social respecto a esquizofrenia y adicciones. Este proyecto fue financiado por FONDECYT 1160099 y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Pontificia Universidad Católica de Chile #16-090, así como por los Comités de Ética de los Servicios de Salud, según correspondía.

El estudio de tipo encuesta transversal se realizó en 34 centros de atención primaria, a lo largo de Chile. Ochocientos cincuenta y seis profesionales de la atención primaria, de distintas disciplinas, respondieron un cuestionario anónimo, autoadministrado. Se evaluaron características sociodemográficas, incluyendo también la cercanía perso-

nal de los profesionales con los TMA. Se midió la distancia social, como indicador de estigma, con un instrumento de 9 preguntas basado en escalas internacionales<sup>4</sup>, respecto a 2 condiciones: 1) Esquizofrenia y 2) Dependencia a la cocaína y/o pasta base de cocaína. La escala evalúa las actitudes públicas hacia las personas con dichas condiciones, con un puntaje total de 9 a 36 (máxima distancia social).

El análisis consideró el cálculo de la media y la desviación estándar en las variables continuas, y el número de casos y porcentajes para las variables categóricas. La prueba de ANOVA se realizó para evaluar las medias de distancia social de profesionales respecto a distintas variables sociodemográficas, considerando un valor de p menor al 5% para la significación estadística.

Se apreció un mayor nivel de distancia social hacia adicciones, con relación a la esquizofrenia. La [tabla 1](#) muestra los puntajes de distancia social para enfermedades mentales ( $\alpha$  de Cronbach: 0,82) y adicciones ( $\alpha$  de Cronbach: 0,82). Se observó mayor distancia social hacia las personas con dependencia a cocaína/pasta base de cocaína que hacia personas con esquizofrenia ( $p<0,05$ ). Niveles algo menores de distancia social ( $p<0,05$ ) se detectaron entre profesionales mayores de 55 años, en varones y en quienes habían recibido entrenamiento en salud mental o tenían un familiar o amistad que hubiera recibido tratamiento por TMA. Los profesionales del área psicosocial presentaron menores niveles de distancia social respecto a los demás grupos. Todas estas asociaciones deben considerarse preliminares y valorarse cuidadosamente con mayor profundidad.

Como conclusión, puede remarcar que el estigma en atención primaria es complejo y pudiera ser mayor hacia personas con adicciones. Las intervenciones deben tomar en cuenta estas diferencias. El entrenamiento a los actuales y futuros profesionales requiere incluir adecuadamente aspectos de prevención de estigma<sup>1,2</sup>. Es un desafío para Chile, pero también a nivel global. Estos resultados preliminares invitan a profundizar en nuevos estudios para una mejor comprensión del fenómeno abordado, tanto en Chile como en todo el mundo.

**Aclaración:** TMA se utiliza aquí solo dada su habitual consideración en algunas disciplinas, pero entendemos sus limitaciones. En ningún caso pretende contribuir a la estigmatización. Se considera un abanico amplio de condiciones y/o problemas de salud mental y/o consumo problemático de sustancias psicoactivas que pueden afectar a la población, más allá de un diagnóstico profesional de dichos problemas. La dimensión subjetiva y la vivencia de cada condición es de particular relevancia.

**Tabla 1** Características sociodemográficas y puntajes de distancia social respecto a esquizofrenia y adicción a la cocaína/pasta base de cocaína en profesionales participantes

		Distancia social y esquizofrenia (rango posible en escala: 9 a 36, a mayor valor, mayor distancia social)		Distancia social y adicción a cocaína/pasta base de cocaína (rango posible en escala: 9 a 36, a mayor valor, mayor distancia social)		
Muestra total (n = 856)	N.º (%)	N.º = 817 Puntaje promedio = 20,48 DE = 4,76		N.º = 832 Puntaje promedio = 24,43 DE = 4,71		
Valor de p < 0,000 <sup>a</sup> (T test)						
Características de los participantes		Puntaje promedio DE		Valor de p (ANOVA) Puntaje promedio DE		Valor de p (ANOVA)
<b>Sexo (n = 831)</b>				0,009 <sup>a</sup>		0,009 <sup>a</sup>
Varón	191 (22,9)	19,70	4,51	23,66	5,01	
Mujer	649 (77,0)	20,74	4,80	24,68	4,61	
<b>Edad (años) (n = 822)</b>				0,040 <sup>a</sup>		0,011 <sup>a</sup>
18-24	34 (4,1)	20,38	4,82	23,79	5,13	
25-34	337 (41,0)	20,09	4,74	25,01	4,73	
35-44	230 (28,0)	20,70	4,55	24,36	4,68	
45-54	142 (17,3)	21,33	4,92	24,17	4,17	
> 55	79 (9,6)	19,55	4,86	23,04	5,19	
<b>Entrenamiento adicional en salud mental (n = 826)</b>				0,000 <sup>a</sup>		0,036 <sup>a</sup>
Sí	245 (29,7)	19,52	4,40	23,90	4,68	
No	576 (70,3)	20,89	4,85	24,65	4,68	
<b>Familiar con problema de salud mental (n = 803)</b>				0,002 <sup>a</sup>		0,096 <sup>a</sup>
Sí	355 (44,2)	19,78	4,65	24,03	4,73	
No	448 (55,8)	21,00	4,81	24,74	4,68	
<b>Amistad con problema de salud mental (n = 787)</b>				0,000 <sup>a</sup>		0,045 <sup>a</sup>
Sí	324 (41,2)	19,68	4,82	23,98	4,69	
No	463 (58,8)	20,95	4,69	24,81	4,71	
<b>Experiencia personal con problema de salud mental (n = 800)</b>				0,329		0,304
Sí	180 (22,5)	20,03	4,58	23,96	4,47	
No	620 (77,5)	20,55	4,82	24,57	4,79	
<b>Tipo de profesión (n = 811)</b>				0,000 <sup>a</sup>		0,043 <sup>a</sup>
Administrativo/a y otros	177 (21,8)	21,21	5,16	24,10	4,67	
Profesiones del ámbito médico	344 (42,4)	19,91	4,55	24,73	4,54	
Profesiones del ámbito psicosocial	109 (13,4)	19,24	3,98	23,39	4,19	
Técnicos en enfermería y similares	181 (22,3)	21,38	4,94	24,72	5,29	

CESFAM: centro de salud familiar; DE: desviación estándar.

<sup>a</sup> Valor estadísticamente significativo para p < 0,05.

## Financiación

FONDECYT # 1160099, «Estigma hacia la Enfermedad Mental entre Profesionales de la Atención Primaria en Chile (Stigma toward mental illness among primary care professionals in Chile)», FONDECYT Regular 2016, CONICYT, Chile.

## Autoría

Jaime C. Sapag participó en: La concepción y el diseño del trabajo; la recogida de datos, el análisis y la interpretación de los datos; la escritura del artículo; la aprobación de la versión final para su publicación; asumir la responsabilidad de liderar el proyecto de investigación y también el desarrollo general del presente artículo.

Paola R. Velasco participó en: El diseño de la logística del trabajo de campo; la recogida de datos y la interpretación de los datos; la revisión del artículo; la aprobación de la versión final para su publicación y la coordinación general del proyecto de investigación.

## Agradecimientos

A los 34 centros de salud familiar y comunitaria (CESFAM) y 8 Servicios de Salud participantes. En particular, a los/as usuarios/as y trabajadores/as de esos CESFAM que aceptaron colaborar en esta investigación. A todos los Servicios de Salud, áreas de salud municipales, centros de salud familiar y comunitarios que participaron en este estudio.

## Bibliografía

1. Nyblade L, Stockton M, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Mc Lean R, et al. Stigma in health facilities: Why it matters and how

we can change it. *BMC Medicine*. 2019;17:25, <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>.

2. Sapag JC, Sena BF, Bustamante IV, Bobbili SJ, Velasco PR, Mascayano F, et al. Stigma towards mental illness and substance use issues in primary health care: Challenges and opportunities for Latin America. *Glob Public Health*. 2018;13:1468–80.
3. Link BG, Phelan J. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363–85.
4. LinkB, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. The social rejection of former mental patients: Understanding why label matter. *Am Sociol Rev*. 1987;54:100–23.
5. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2002;28:143–55.
6. Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug Alcohol Depend*. 2007;88:188–96.

Jaime C. Sapag<sup>a,b,c,\*</sup> y Paola R. Velasco<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Departamentos de Salud Pública y Medicina Familiar, División de Salud Pública y Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile*

<sup>b</sup> *Division of Clinical Public Health, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, Canadá*

<sup>c</sup> *WHO/PAHO Collaborating Centre for Addiction and Mental Health, Institute for Mental Health Policy Research, Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Ontario, Canadá*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jsapag@med.puc.cl](mailto:jsapag@med.puc.cl) (J.C. Sapag).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.07.014>

0212-6567/ © 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España,

S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC

BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Réplica a la editorial: Vitamina D: el traje nuevo del Rey Sol

### Athor's reply: Vitamin D: The new suit of the Sun King

*Sr. Editor:*

En respuesta a la carta del Dr. Casado sobre la editorial «El traje nuevo del Rey Sol»<sup>1</sup>, constatamos que no dudamos de la eficacia (ni de la necesidad) de administrar vitamina D en el tratamiento de la osteomalacia/raquitismo, como no dudamos de la utilidad de la vitamina C en el escorbuto. Sin embargo, esto no justifica el cribado de vitamina C en una población carente de escorbuto. El Dr. Casado sugiere que no se puede negar una asociación entre los niveles de vitamina D y algunas enfermedades, sin embargo los datos no son concluyentes sobre los beneficios de la suplementación con vitamina D en la población general, como indican algunos autores<sup>2,3</sup>, además de Bolland et al.<sup>4</sup>. Otra realidad es la dificultad para establecer el

criterio de déficit, pues resulta poco creíble que toda la población lo padezca, cuando España es uno de los países con menor incidencia de fracturas del mundo. En este sentido, la guía «*Choosing Wisely*» de la ABIM Foundation y la USPSTF<sup>1</sup> se muestran contrarias al cribado de la hipovitaminosis D.

El debate consiste en gestionar las escasas evidencias y la incertidumbre que generan. Correlación no significa causalidad y, aunque esta se diera, no tenemos evidencia de que la suplementación con vitamina D pueda revertir la morbilidad supuestamente asociada a su carencia. Aunque la falta de evidencia no demuestra evidencia de su ausencia, deberíamos tener algo más consistente que una «sospecha» para iniciar medidas tendentes al sobrediagnóstico que originan gastos superfluos para un sistema nacional de salud que pretende ser sostenible. Muchos recursos se han destinado a la investigación y suplementación con dicha molécula, y seguimos sin poder dar respuestas concluyentes. ¿Erramos en el método o en el «objetivo»? Como comenta el profesor Ioannidis<sup>5</sup>, estamos con el dilema habitual de los estudios nutricionales: existencia de múlti-