

EL ESTIGMA HACIA EL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN PROFESIONALES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

STIGMA TOWARDS SEVERE MENTAL ILLNESS (SMI) IN PROFESSIONALS: A SYSTEMATIC REVIEW

IRENE MARTÍNEZ-CAVA CÁCERES¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Martínez-Cava Cáceres, I. (2021). El estigma hacia el Trastorno Mental Grave (TMG) en profesionales: una revisión sistemática [Stigma Towards Severe Mental Illness (SMI) in Professionals: A Systematic Review]. *Acción Psicológica*, 18(2), 53–66. <https://doi.org/10.5944/ap.18.2.33953>

Resumen

El estigma en profesionales de la salud es un objeto de estudio al que se le está prestando mayor atención. Esto debido al papel clave que desempeñan en el proceso de recuperación, así como en la implementación de intervenciones y difusión de las condiciones de salud mental que engloba el concepto Trastorno Mental Grave. El objetivo de este artículo es realizar una revisión sistemática de las investigaciones que abordan el estigma en profesionales de la salud para conocer el estado de conocimiento actual en este tema. Entre marzo y abril de 2022 se realizó una búsqueda y selección de artículos que estuvieran publicados en el período 2000-2021 en las bases de datos Scopus, Web of Science, PsycNet, PubMed y SAGE Journals, obteniéndose un total de 46 artículos (16 en Europa, 15 en América, 9 en Asia, 3 en África y 3 en Oceanía). Los resultados señalan relaciones complejas

que forman parte del fenómeno del estigma. Por un lado, por la presencia de estigma (creencias, emociones y conductas discriminatorias) en los/as profesionales de la salud, así como relaciones entre este estigma y las prácticas de atención. Por otro lado, también muestran a los/as profesionales como objeto de estigmatización y las consecuencias estresoras del estigma en el ejercicio de su profesión. Finalmente, emerge una última categoría que muestra a los profesionales como agentes de desestigmatización.

Palabras clave: estigma; salud mental; Trastorno Mental Grave.

Abstract

Stigma in health professionals is an object of study that is receiving more attention, due to the key role they play in the recovery process, as well as in the implementation of interventions and the dissemination of mental health con-

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Irene Martínez-Cava Cáceres, Universidad de Colima, Mexico.

Email: irene.martinezcava@gmail.com

ORCID: Irene Martínez-Cava Cáceres (<https://orcid.org/0000-0003-3990-2311>).

¹ Universidad de Colima, Mexico.

Recibido: 16 de junio de 2021.

Aceptado: 13 de octubre de 2021.

ditions encompassed by the concept of Serious Mental Disorder. The objective of this article is to carry out a systematic review of the research that addresses stigma in health professionals to know the current state of knowledge on this subject. The results point to complex relationships that are part of the phenomenon of stigma. On the one hand, due to the presence of stigma (beliefs, emotions, and discriminatory behaviors) in health professionals, as well as relationships between this stigma and care practices. On the other hand, they also show professionals as objects of stigmatization and the stressful consequences of stigma in the exercise of their profession. Finally, a last category emerges that shows professionals as agents of destigmatization.

Keywords: stigma; mental health; Severe Mental Illness.

Introducción

El proceso de recuperación en el Trastorno Mental Grave (en adelante, TMG) es un tema retador y complejo. Además de las dificultades asociadas al diagnóstico y la importancia de la dimensión económica, que impacta en los recursos disponibles para la atención en salud mental (World Health Organization [WHO], 2001), el estigma ha sido señalado dentro de los principales obstáculos para la recuperación de las personas con un diagnóstico (WHO, 2018).

El término de estigma en salud mental refiere a un conjunto de actitudes que facilitan la discriminación de personas con un diagnóstico (Goffman, 2006). En este estigma, los TMG suponen actitudes sociales más negativas que aquellos diagnósticos más habituales (Link et al., 2004). Este fenómeno presenta múltiples consecuencias no solo a nivel psicológico y sintomatológico, sino también en áreas laborales, interpersonales y comunitarias (Chang et al., 2018; Rodríguez et al., 2018). Otra consecuencia del estigma es la auto-aplicación de las actitudes sociales negativas por parte de aquellas personas estigmatizadas, produciéndose una interiorización de sus contenidos, proceso conocido como autoestigma. Adicionalmente, el estigma tiene un impacto negativo en la búsqueda de tratamientos

de salud mental y en la adherencia a estos, debido al intento de evitar el estigma asociado a las etiquetas diagnósticas (Sheelan y Corrigan, 2020).

Las razones para abordar el estigma específicamente en el grupo de profesionistas son variadas. En primer lugar, las personas con TMG y sus familiares perciben a las/os profesionales de la salud como principal grupo estigmatizador (Wagner et al., 2011). Sin embargo, este es un grupo fundamental para las personas con un diagnóstico, desde su propia perspectiva (Borge et al., 1999).

Asimismo, los/as profesionistas tienen un papel clave en el proceso de recuperación y sirven como modelos y educadores tanto para la población en general, como para futuros/as profesionistas (López et al., 2008). En este sentido, se ha señalado la relación entre los comportamientos y actitudes de las/os profesionales, con los resultados y la calidad de la atención (Holmquist, 2000), así como la influencia que pueden tener dichas actitudes en el desarrollo e implementación de intervenciones y tratamientos en salud mental (Delaney, 2012). Por tanto, el estudio del estigma en profesionales puede aportar claves significativas para romper mecanismos de refuerzo del estigma, desde el ámbito de la atención a la salud mental (López et al. 2008).

A pesar de que el estigma hacia el TMG es un objeto de estudio relativamente reciente, en las últimas décadas ha tenido un desarrollo notable, acompañado de las recomendaciones de profundizar en el conocimiento acerca de este fenómeno (WHO, 2018). El propósito de este artículo es revisar la literatura existente acerca del estigma hacia el TMG en profesionales de la salud a través de la síntesis, análisis temático y discusión de los resultados obtenidos.

Método

Búsqueda documental

Para la revisión sistemática se siguieron las recomendaciones de la Declaración PRISMA (Yepes-Nuñez et al., 2021). La evaluación de los estudios incluidos se realizó siguiendo las listas de verificación de CASP (Critical Appraisal Skills Program) para estudios

cualitativos y de cohorte. Asimismo, se tomó en cuenta la calidad metodológica por el nivel de exigencia de las bases de datos en las que se encontraron: Scopus, Web of Science, PsycNet, PubMed y SAGE Journals. La búsqueda se realizó introduciendo, en inglés y castellano, los términos “estigma” AND “profesionales de la salud” AND “trastorno mental grave”. Adicionalmente, se revisaron las referencias de los artículos con el objetivo de encontrar artículos relevantes que no se hubiesen filtrado.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron que los artículos fueran trabajos originales, escritos con muestra de profesionales de salud. Se incluyeron los artículos publicados entre 2000 y 2021.

También se establecieron criterios de exclusión, los cuales fueron que los resultados presentados no estuvieran de acuerdo con los objetivos planteados y que versaran sobre intervenciones específicas. Tampoco se incluyó literatura gris (reseñas, editoriales, resúmenes y actas de conferencias, revisiones sistemáticas y metaanálisis).

Codificación

Los estudios arrojados se volcaron en una hoja de extracción de datos incluyendo títulos y resúmenes, revisados por una de las autoras para identificar los artículos a incluir y a excluir. Finalmente, y previo al análisis, se realizó una base de datos con el año y autores/as del artículo, país(es), objetivo, participantes, método, técnicas e instrumentos y conclusiones. El análisis de los datos se realizó mediante análisis de contenido, conformando categorías de manera inductiva en función a los núcleos de sentido que emergieron de los resultados.

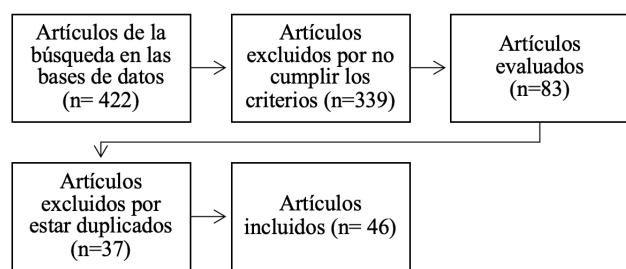
Resultados

Se obtuvo una muestra total de 422 artículos, de los que se excluyeron 339 por no cumplir con los criterios de inclusión/exclusión y 37 que se encontraban repetidos, por

lo que la muestra final estuvo compuesta por 46 artículos que estudian el estigma en profesionales de la salud (véase Figura 1).

Figura 1

Diagrama de flujo de la búsqueda sistemática



La agrupación de los artículos por zonas de estudio se organiza de la siguiente manera: 16 en Europa (dos de los estudios comparan resultados intracontinentalmente, entre países europeos, y uno de ellos realiza comparaciones intercontinentales entre Europa y América); 15 en América (cinco en América Latina), nueve en Asia, tres en África y tres en Oceanía.

Organizados por paradigma de estudios, predominan los estudios cuantitativos (36), seguido de los estudios cualitativos (7) y mixtos (3).

Una vez realizado el análisis y síntesis, emergen tres categorías: profesionales como agentes de estigmatización (37 de los estudios analizados), profesionales como objeto de estigmatización (7) y profesionales como agentes de cambio del estigma (2). Adicionalmente, emergen cinco subtemas que se reparten entre las dos primeras categorías. En la Tabla 1 se resume el número de publicaciones por categorías y subcategorías.

Tabla 1*Categorías y subcategorías emergentes*

Número estudios	Nombre de la categoría	Nombre de la subcategoría
37	Profesionales como agentes de estigmatización	Actitudes Comparación de actitudes con otros grupos Factores que incrementan o disminuyen el estigma
7	Profesionales como objeto de estigmatización	Percepción y experimentación del estigma por asociación Efectos negativos del estigma por asociación Estigmatización en profesionales con TM
2	Profesionales como agentes de cambio del estigma	

Profesionales como agentes de estigmatización

En primer lugar, mientras que algunos estudios reportan actitudes principalmente positivas hacia las personas con trastorno mental (Chambers et al., 2010; Del Olmo-Romero et al., 2018; Economou et al., 2020; Gateshill et al., 2011; Ubaka et al., 2018), otros estudios muestran actitudes principalmente negativas (Chikaodiri, 2009; Gil et al., 2016; Hansson et al., 2011; Li et al., 2014; Loch et al., 2013; Ordan et al. 2018; Rivera-Segarra et al., 2019).

Los estudios analizados identifican contenidos específicos en los tres componentes actitudinales: cognitivo (creencias/estereotipos), emocional y conductual. Las creencias que se han reportado están relacionadas con la peligrosidad, la impredecibilidad y no recuperación de las personas con trastorno mental (Adewuya y Oguntade, 2007; Caplan et al., 2016; Gil et al., 2016; Ordan et al., 2018; Rivera-Segarra et al., 2019; Stuber et al., 2014). Por su parte, el contenido emocional refiere a sentimientos de incomodidad y temor (Chikaodiri, 2009).

Estudios como el de Ordan et al. (2018) y Muñoz et al. (2009) muestran sentimientos de compasión que parecen relacionarse con actitudes más benevolentes y de carácter paternalista. Kopera et al. (2014) también encontraron actitudes predominantemente positivas. Sin embargo, al interpretar los resultados en función del carácter implícito/explícito de las actitudes, encontraron que las posturas positivas se encontraban a un nivel explícito, mientras que a nivel implícito seguían manifestándose actitudes negativas (Kopera et al., 2014).

Finalmente, estos componentes internos se reflejan a nivel conductual, a través de la evitación y el distanciamiento –preferir no ser vecinos, casarse, emplear–, así como de restricción en actividades y decisiones cotidianas –conducir, votar, decidir ser madre– y la coacción –principalmente en lo que refiere al seguimiento del tratamiento farmacológico– (Adewuya y Oguntade, 2007; Chikaodiri, 2009; Economou et al., 2020; Rivera-Segarra et al., 2019; Steinberg y Wetterneck, 2016).

Asimismo, se han encontrado diferencias en las prácticas de atención como el abordaje predominantemente farmacológico en el tratamiento (Caplan et al. 2016), menor calidad de la alianza terapéutica en profesionales (Nakash et al., 2015), no informar del diagnóstico (Ucok et al., 2004), proveer de menos cuidados posparto a mujeres con trastorno mental (Ordan et al., 2018) o atribuir dolencias físicas al diagnóstico psiquiátrico sin justificación (O'Reilly et al., 2019; Rivera-Segarra et al., 2019).

Estos componentes actitudinales negativos han sido reportados también en profesionales que abordan la salud en general, tanto en investigaciones que incluyen profesionales de distintas áreas de la salud (Chikaodiri, 2009; Gateshill et al., 2011; Ordan et al., 2018; Ubaka et al., 2018), como en investigaciones que abordan la percepción que tienen los/as profesionales de salud mental del estigma en otros profesionales (Chien et al., 2014; O'Reilly et al., 2019; Rivera-Segarra et al., 2019).

Otro grupo de estudios dentro de la categoría de los profesionistas como agentes de estigmatización comparan las actitudes encontradas en profesionistas de la salud mental con diversos grupos. Respecto del grupo de población general, por un lado, se reporta menor presencia de

estigma en profesionales de la salud mental (Stuber et al., 2014), excepto para las dimensiones de distanciamiento social y consecuencias negativas del trastorno mental, donde no suelen apreciarse diferencias entre los grupos (Castro-de Diego y de Vicente-Colomina, 2019; Lauber et al., 2004; Yuan et al., 2017). En contraposición, otros estudios han encontrado niveles más altos de actitudes negativas en profesionales de salud mental que en población general (Caldwell y Jorm, 2001; Nordt et al., 2006).

Finalmente, en cuanto a las variables reportadas en relación con el fenómeno del estigma, hay investigaciones que no encuentran estas relaciones (Castillejos et al., 2019; Hansson et al., 2011), mientras que otros estudios sí identifican relaciones entre diferentes variables con mayor estigma. Castro-de-Diego y de Vicente-Colomina (2019) identificaron que el enfoque de referencia para abordar las condiciones de salud mental parece guardar relación con el estigma, concretamente, las explicaciones bio-médicas con un aumento de la expectativa de cronicidad.

Por su parte, algunos estudios identifican variables socioeducativas como tener menor nivel educativo (Nakash et al., 2015; Steinberg y Wetterneck, 2016) y no tener un familiar con alguna condición de salud mental (Adewuya y Oguntade, 2007; Loch et al., 2013).

Otros estudios identifican variables relacionadas con el ámbito laboral como el área profesional (Economou et al., 2020; Lin et al., 2018; Ubaka et al., 2018) y el tipo de institución en el que se trabaja (mayor estigma en instituciones hospitalarias en comparación con instituciones comunitarias u organizaciones no gubernamentales (del Olmo-Romero et al., 2018; Hansson et al., 2011; Rose et al., 2018).

Adicionalmente, se ha reportado un aumento del estigma en profesionales que sufren de burnout –dimensiones de estrés/estabilidad emocional y logro personal– (Nakash et al., 2015; Solmi et al., 2020). Koutra et al. (2021) también encontraron relaciones entre la calidad de vida de las/os profesionales con las actitudes hacia las personas con TMG, específicamente el burnout, indicadores de cansancio emocional, fatiga y despersonalización con un aumento del estigma.

Asimismo, se reporta que algunos factores personales funcionan como protección a desarrollar actitudes y prácticas estigmatizadoras. Entre los factores personales, el rasgo de personalidad de apertura a nuevas experiencias, menor estrés emocional y la empatía (en la dimensión de adoptar la perspectiva de otro) se han relacionado con la reducción del estigma en profesionales (Economou et al., 2020; Solmi et al., 2020). Mientras, los indicadores de percepción del logro personal y satisfacción se han relacionado con un aumento de las actitudes positivas (Koutra et al., 2021).

Profesionales como objeto de estigmatización

Otro tema emergente es el de los profesionales como objeto de estigma, debido al estigma por asociación (Chang et al., 2019; Lin et al., 2018; Picco et al., 2019; Verhaeghe y Bracke, 2012) o por presentar un diagnóstico siendo profesional de la salud mental (Cain, 2000; Elliot y Ragsdale, 2020; Harris et al., 2016; Moll et al., 2012). El estigma por asociación es percibido por los/as profesionales de salud mental en diferentes grados (Picco et al., 2019), refiriendo que su trabajo se encuentra peor valorado socialmente, por lo deciden ocultarlo como forma de evitar el estigma que se anticipa (Muñoz et al., 2009).

Picco et al. (2019) encontraron tres perfiles en la experimentación de estigma: no estigma/bajo, medio y alto, los cuales se relacionan con variables sociodemográficas diferentes. Los años de experiencia y la ocupación parecen influir en mayor medida en la experimentación media del estigma, mientras que la etnicidad, menor nivel de educación y la ocupación favorecen una experimentación alta de estigma por asociación (Picco et al., 2019).

En esta categoría también emerge el subtema que refiere a aquellos/as profesionales de la salud mental que tienen un diagnóstico, siendo objeto de estigma por asociación y también por esta característica personal.

Los/as profesionales que presentan una condición de salud mental encuentran habitualmente expresiones de prejuicio en la comunicación laboral (Cain, 2000; Elliot y

Ragsdale, 2020). Harris et al. (2016) señalan que las expresiones de prejuicio suelen relacionarse con cuestionar la capacidad y credibilidad conferida a la persona con TMG. Esto favorece que el/la profesional con un diagnóstico sea especialmente cauto/a en revelar esta característica en el trabajo como mecanismo de evitación del estigma que percibe (Elliot y Ragsdale, 2020; Harris et al., 2016).

Moll et al. (2012) tuvieron resultados similares, los cuales emergieron bajo la categoría del silencio como respuesta interpersonal e institucional, en cuanto a la no divulgación del diagnóstico/divulgación selectiva como mecanismo de evitación y/o amortiguación del efecto del estigma. Adicionalmente, en estas prácticas de silencio, encontraron habitual el secretismo entre profesionales ante una condición ya divulgada como el mismo objetivo protector.

A pesar de esto, las/os profesionales consideran que la experiencia directa con el trastorno mental ayuda a crear una mayor alianza terapéutica debido a una mayor identificación y empatía (Cain, 2000; Elliot y Ragsdale, 2020;). Sin embargo, las/os profesionales prefieren ser cuidadosas/os en revelar el diagnóstico a los/as usuarios/as debido al temor de que puedan accionarse los propios síntomas y/o recuerdos dolorosos de la propia experiencia o estigmatización de los/as usuarios (Cain, 2000; Elliot y Ragsdale, 2020). Todo ello demanda al profesional desarrollar habilidades adicionales para integrar y equilibrar su diagnóstico, con el estigma asociado y su práctica profesional (Cain, 2000).

Profesionales como agentes de cambio del estigma

Esta tercera categoría, aunque emergió con tan solo dos estudios, aporta información de gran valor cualitativo, señalando estrategias de eliminación del estigma de forma inseparable al proceso de tratamiento en la promoción de salud mental.

La primera estrategia identificada por Dobransky (2018) refiere a la normalización de las diferentes condiciones de salud mental, la cual implica dos acciones. Por

un lado, el acompañamiento de la persona en el proceso de divulgar su diagnóstico como forma de autoafirmación que permita la despatologización identitaria (Dobransky, 2018). Por otro lado, la protección de la persona ante las posibles reacciones negativas tras la divulgación del diagnóstico, identificando a personas o grupos que sean susceptibles de reaccionar de forma más positiva y ampliando, progresivamente, la divulgación a otras personas o grupos significativos (Dobransky, 2018).

La segunda estrategia está relacionada con crear redes de profesionales interinstitucionalmente, especialmente en el ámbito laboral, con el doble objetivo de proporcionar elementos que faciliten e incrementen la autonomía, al tiempo que favorece el contacto positivo con otros grupos (Dobransky, 2018).

Finalmente, el estudio de Martin et al. (2020) señala una tercera estrategia también relacionada con la normalización de los malestares, pero enfocada en los espacios educativos a través de compartir historias personales de malestar en los/as docentes.

Discusión

Los estudios muestran un elemento en común, la existencia de concepciones negativas en torno a las diferentes condiciones de salud mental que parecen traducirse en conductas de rechazo y discriminación social, así como prácticas de atención desiguales hacia estas personas (Elliot y Ragsdale, 2020; Ordan et al., 2018; Rivera-Segarra et al., 2019; Steinberg y Wetterneck, 2016).

En consonancia con los hallazgos de la revisión, Angermeyer y Schulze (2001) señalan que la condición de sufrimiento psíquico pasa a constituirse y/o percibirse como el elemento definitorio de la persona, siendo explicada y tratada a través del prisma distorsionador del prejuicio hacia su condición. De esta forma, las conductas específicas cobran sentido en relación con esta mirada de la persona a través de su etiqueta diagnóstica.

Algo que resulta llamativo son los resultados aparentemente contradictorios acerca de las actitudes encontradas (en algunos estudios estas actitudes son predominante-

mente positivas, frente a otros que encuentran actitudes negativas). Esta variabilidad puede comprenderse mejor al tener en cuenta que los componentes actitudinales negativos parecen encontrarse presentes aun cuando la actitud general hacia el trastorno mental es positiva (Economou et al., 2020; Saridi et al., 2017) y que además pueden coexistir con actitudes paternalistas relacionadas con sentimientos de compasión (Ordan et al., 2018; Muñoz et al., 2009).

En primera instancia, esto parece señalar la pertinencia de recurrir a explicaciones complejas y multifactoriales que permitan comprender el fenómeno del estigma con mayor profundidad. Por un lado, a pesar de que los estudios que reportan más actitudes positivas han recogido los datos principalmente en contextos donde los procesos de desinstitucionalización y las campañas de desestigmatización tienen una mayor trayectoria (Chambers et al., 2010; del Olmo-Romero et al., 2018; Economou et al. 2020; Gateshill et al., 2012); en esos mismos contextos también se reportan datos que señalan actitudes principalmente negativas (Gil et al. 2016; Hansson et al., 2011).

De la misma forma, aunque los estudios que reportan actitudes principalmente negativas fueron realizados en contextos donde esta trayectoria no es tan notoria (Adewwuya y Ogutande, 2007; Chikaodiri, 2009; Li et al., 2014; Loch et al., 2013; Rivera-Segarra et al., 2019); también se encuentran otros estudios donde los resultados muestran actitudes positivas (Siqueira et al., 2016).

Si se entiende el estigma (concretamente, su eliminación) como un proceso de cambio, la aparente contradicción de los resultados podría tomarse como muestra de la ambivalencia actitudinal dentro de dicho proceso (Lien et al., 2019). En este sentido, los resultados de Kopera et al. (2014), en los que se encuentran diferencias entre las actitudes explícitas e implícitas parecen señalar a la necesidad de abordar no solo las actitudes manifiestas, sino también aquellos elementos tácitos.

Por otro lado, parece ser que el enfoque que se utiliza para explicar y abordar las problemáticas de salud mental, específicamente el enfoque bio-médico, puede guardar relación con el estigma, incrementando las expectativas negativas referidas a las personas con una etiqueta diagnóstica (Castro-de Diego y de Vicente-Colomina, 2019). Esto

podría ayudar a comprender por qué los niveles de estigma aumentan en ciertas áreas profesionales en la que predomina este enfoque (Economou et al. 2020; Lin et al., 2018), así como en entornos hospitalarios (del Olmo-Romero et al., 2018; Rose et al., 2018).

Además del enfoque, el nivel educativo parece jugar un papel en la disminución del estigma (Steinberg y Wetterneck, 2016). En este sentido, si se tienen en cuenta las opiniones de las/os profesionales (Caplan et al., 2016; Castillejos et al., 2019; Rivera-Segarra et al., 2019), se podría pensar que la disminución del estigma no depende específica o únicamente del grado académico obtenido, sino de las oportunidades de acceder a una mayor y mejor formación en salud mental, especialmente sobre las formas de atención y promoción de la salud mental que no patologicen las existencias (Velasco, 2013).

Por su parte, la disminución del estigma en relación con la variable de tener contacto con un familiar con TM (entendiendo la familia como relaciones significativas que promueven el crecimiento y bienestar) puede relacionarse con investigaciones previas que apuntan al contacto positivo como mecanismo de reducción del estigma, estrategia que está comenzando a implementarse en contextos de tratamiento (Corrigan, 2016).

Sin embargo, para una comprensión más profunda del estigma, es necesario ampliar la mirada y tener en cuenta los factores de retroalimentación que están teniendo lugar. En este sentido, además de los mencionados, es necesario tener en cuenta el efecto del estigma por asociación, las dinámicas institucionales y factores macrosociales.

En cuanto al estigma por asociación, los estudios con profesionales de otras áreas de la salud muestran que aquellas personas que trabajan en salud mental, especialmente con población psiquiátrica (Ebsworth y Foster, 2016; Halter, 2008; López et al., 2008) y en entornos hospitalarios (Verhaeghe y Bracke, 2012), son percibidas más negativamente que profesionales que laboran en otras áreas, debido a que las características negativas que se presuponen en la población psiquiátrica se asocian a las personas que los atienden. La percepción de esta desvalorización (Picco et al., 2019) favorece que su interiorización por las/os trabajadoras/es (Muñoz et al., 2009). Todo ello repercute nega-

tivamente tanto a nivel laboral como personal, disminuyendo los niveles de resiliencia (Chang et al., 2019) y la satisfacción laboral (Picco et al., 2019) y aumentando la despersonalización y el agotamiento emocional (Verhaeghe y Bracke, 2012).

Cabe recordar que el desgaste emocional en profesionales de la salud es un efecto que ha sido reportado dentro de la misma profesión, incrementándose a partir de la pandemia de COVID-19 (Mingote et al., 2004). Desgaste que, a su vez, se encuentra influenciado por condiciones estructurales como la dimensión económica en la disponibilidad o saturación de los servicios de salud mental (World Health Organization [WHO], 2001) impactando en la salud de las/os profesionales, aumentando la carga psicológica y creando problemas adicionales en el trabajo diario (Saridi et al., 2017) de los cuales, puede inferirse, un aumento de los efectos negativos en los indicadores anteriormente comentados.

Es decir, los efectos del estigma por asociación, unido a la percepción de falta de infraestructura, de personal y de formación específica (Caplan et al., 2016), incrementan el burnout en el grupo (Solmi et al., 2020). A su vez, el burnout en diferentes dimensiones y el estrés emocional parece aumentar los niveles de estigma hacia las personas con TMG, mientras que la satisfacción y percepción del propio logro lo disminuye (Koutra et al., 2021; Nakash et al., 2015). Un mayor nivel de estigma en profesionales puede repercutir en una mayor internalización del estigma por parte de las personas usuarias de servicios de salud, algo a lo que señalan Verhaeghe y Bracke (2012) al relacionar el estigma por asociación en profesionales con un aumento del estigma internalizado y menor satisfacción de los/as usuarios/as de servicios de salud mental.

En este sentido parece necesario implementar acciones dirigidas a la descarga emocional de las/os profesionales y a reforzar los mecanismos de trabajo colaborativo, teniendo en cuenta que estos parecen contribuir a la disminución de los estresores laborales, mejorando las actitudes hacia las personas con TMG (Castillejos et al., 2010). Asimismo, resultaría necesario abordar estrategias para el mejor aprovechamiento de la infraestructura existente y de los mecanismos de fortalecimiento de los servicios públicos de atención en salud mental, tanto por ser entendidos

como garantes de un derecho humano básico (WHO, 2001), como por los efectos en la ambivalencia actitudinal que puede aumentar o reducir el estigma (Saridi et al., 2017).

Todos estos elementos apuntan al carácter circular o de retroalimentación del estigma debido a que los efectos negativos del estigma por asociación reportados coinciden con algunos de los factores que incrementan el estigma y que eran comentados anteriormente. Estos hallazgos concuerdan con el modelo de la dinámica estigmatizante propuesto por Badallo et al. (2018) y con la revisión sobre el estigma en personas con TMG realizada por López et al. (2008), donde la persistencia y resistencia del estigma obedece en gran medida a los mecanismos de refuerzo que se retroalimentan entre sí.

Este tipo de conexiones multidireccionales se observan y expresan también en las mismas relaciones interprofesionales. El estigma hacia las condiciones de salud mental es expresado en los entornos laborales, construyéndose una noción de “lo no deseable” o potencialmente desacreditable, en términos de Goffman (2006). Estas expresiones del estigma pueden tener lugar de forma explícita -mediante comentarios- o implícita -mediante prácticas de silencio- marcando transversalmente la comunicación institucional (Elliot y Ragsdale, 2020).

El estudio de Moll et al. (2012) es esclarecedor en cómo opera este fenómeno a través de su articulación con el silencio hasta constituirse como una respuesta interpersonal e institucional. Es decir, todas estas expresiones del estigma, incluso si no explicitadas, son comprendidas de forma tácita y se encarnan en la misma cultura organizacional, aumentando el estigma (Harris et al., 2016). Así, se refuerza nuevamente el estigma que rodea a las condiciones de salud mental y se producen tensiones relacionadas con la percepción y expresiones de este (Cain, 2000; Elliot y Ragsdale, 2020).

Este ángulo del estigma como tensionador de las experiencias profesionales, unido al mayor conocimiento de sus efectos negativos (WHO, 2018) puede estar incrementando la toma de conciencia acerca de la pertinencia de abordarlo (López et al., 2008). Las/os profesionales también consideran este fenómeno como un factor central en

la recuperación, que es necesario incluir transversalmente en el proceso de atención, modificando las acciones implementadas dentro de dicho proceso y flexibilizando el rol profesional (Dobransky, 2018).

En relación con esto, el/la proveedor/a de servicios de salud ejerce un papel clave en desarrollar estrategias de normalización y afrontamiento del estigma que pueden aplicarse en diferentes contextos. Los estudios revisados muestran que compartir situaciones/condiciones de sufrimiento psíquico en espacios docentes constituye una estrategia formativa que permite comprender la salud mental sin la reducción que implica el estigma (Martin et al., 2020). Mientras que, en espacios de intervención, es posible desarrollar acompañamientos en la divulgación del diagnóstico e identificación de aquellos grupos/personas que pueden fungir como sostén tras la divulgación (Dobransky, 2018).

Este tipo de estrategias, además de para los propósitos explícitos, pueden resultar de ayuda para romper con el silencio reportado por Moll et al. (2012) que parece actuar como elemento reforzador del estigma. Asimismo, la autoafirmación facilita el empoderamiento de la persona, protegiéndola frente a la interiorización del estigma, y permitiendo abrir fracturas en el proceso de estigmatización (Corrigan et al., 2016).

Por su parte, las estrategias relacionadas con la creación de redes (entre profesionales, con instancias educativas, de empleo, etc.), además de apoyar la autonomía, favorecen el contacto positivo que, unido a la interrelación de diferentes espacios, se ha señalado como la forma más eficaz de romper el estigma (López et al., 2008). Igualmente, otros autores han señalado la necesidad de incorporar en la recuperación estrategias de participación en actividades social y personalmente valoradas como mecanismo para fortalecer la autonomía y defender los derechos como ciudadanos/as (Velasco, 2013). Cabe mencionar que, si bien esta revisión puede ayudar a comprender el estado actual del conocimiento respecto del estigma, también presenta diferentes limitaciones que pueden afectar a los resultados aquí discutidos. Por un lado, únicamente se han incluido artículos escritos en inglés y castellano. Por otro lado, no se ha utilizado en la revisión literatura gris, donde podrían encontrarse grupos que están

cumpliendo diferentes funciones dentro de la ruptura del estigma y donde podría encontrarse mayor detalle de resultados. Asimismo, tampoco se han buscado específicamente evaluaciones de proyectos o intervenciones destinados a eliminar o reducir el estigma, lo cual supondría una fuente importante de información, pero que traspasa el objetivo de esta revisión, centrada en las actitudes y comportamientos o prácticas.

Conclusiones

El fenómeno del estigma constituye un proceso complejo con múltiples desafíos en la actualidad, especialmente debido a su carácter multirrelacional y de retroalimentación.

Los resultados parecen señalar la pertinencia de entender el proceso de eliminación del estigma como un proceso de cambio actitudinal en el que, si bien tienen lugar ambivalencias, también se están desarrollando estrategias para su mitigación. En este sentido, resultaría pertinente abordar la efectividad de diferentes intervenciones en la reducción del estigma.

Asimismo, parece ser necesario incrementar la utilización de enfoques no centrados en la patologización que comprendan las dificultades como retos comunes a diferentes existencias humanas. Para ello, resultaría de interés incluir la propuesta activa de expertos/as en primera persona a las planeaciones interprofesionales e interinstitucionales. Todo ello, parece señalar a un posible campo de trabajo e investigación que permitiría brindar luz a formas de aumentar el bienestar y romper el silencio en torno a las condiciones de salud mental más allá de las conversaciones centradas en la patología, reenfocándose al malestar y necesidades específicas de una persona.

Estas estrategias parecen requerir de modificaciones en los roles profesionales tal y como han sido entendidos tradicionalmente desde las concepciones médico-psiquiátricas y la ampliación de redes a nivel interprofesional e interinstitucional tratando de articular un sostén social a las dificultades que puedan presentarse en diferentes momentos vitales de la persona.

Finalmente, tras la discusión de resultados, podría ser pertinente ahondar en las estrategias para favorecer la utilización de la infraestructura de forma más eficiente, así como precisar los mecanismos que permitan el fortalecimiento de los servicios públicos, debido a la complejidad del fenómeno y la carga personal, de trabajo y económica que implica.

Referencias

- Adewuya, A. y Oguntade, A. (2007). Doctors' attitude towards people with mental illness in Western Nigeria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(11), 931–936. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0246-4>
- Badallo, A., Ballesteros, F., Bertina, A., Cerezo, A., Magro, M. B. y Polvorinos, S. (2018). La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana [Stigmatizing Dynamics: Generation and Maintenance of Stigma and Self-Stigma Associated with Mental Disorder in Everyday Life]. *Revista Clínica Contemporánea*, 1(9), 1–15. <https://doi.org/10.5093/cc2018a3>
- Borge, L., Martinsen, E. W., Ruud, T., Watne, O. y Friis, S. (1999). Quality of life, Loneliness, and Social Contact among Long-Term Psychiatric Patients. *Psychiatric Services*, 50(1), 81–84. <https://doi.org/10.1176/ps.50.1.81>
- Cain, N. R. (2000). Psychotherapists with Personal Histories of Psychiatric Hospitalization: Countertransference in Wounded Healers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 22–28. <https://doi.org/10.1037/h0095127>
- Caldwell, T. M. y Jorm, A. F. (2001). Mental Health Nurses' Beliefs about Likely Outcomes for People with Schizophrenia or Depression: A Comparison with the Public and other Healthcare Professionals. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(1), 42–54. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2001.00190.x>
- Caplan, S., Little, T. y Garces-King, J. (2016). Stigma about mental illness among multidisciplinary health care providers in the Dominican Republic. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 5(3), 192–206. <https://doi.org/10.1037/ipp0000057>
- Castillejos, M., Bordallo, A., Aguilera, D. y Moreno, B. (2019). Perceptions about Mental Illness among General Practitioners. *International Journal of Mental Health System*, 13, 13–27. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0284-9>
- Castro-de Diego, S. E. y de Vicente-Colomina, A. (2019). Atribución causal y creencias sobre los trastornos mentales en población general y psicólogos. Un estudio exploratorio [Causal Attribution and Beliefs Toward Mental Disorders among General Population and Psychologists. An Exploratory Study]. *Clínica y Salud*, 30, 81–90. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a13>
- Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M., Scott, A., Staniuliené, V. y Zanotti, R. (2010). Nurses' Attitudes to Mental Illness: A Comparison of a Sample of Nurses from Five European Countries. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 350–362. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.008>
- Chang, N., Ribot, V. y Pérez, V. (2018). Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas con esquizofrenia [Influence of Social Stigma on the Rehabilitation and Social Reintegration of Schizophrenic People]. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 705–719.
- Chang, S., Picco, L., Abdin, E., Yuan, Q., Chong, S. y Subramaniam, M. (2019). Resilience and Associative Stigma among Mental Health Professionals in a Tertiary Psychiatric Hospital: A Cross-Sectional Study in Singapore. *BMJ Open*, 9(12), Artículo e033762. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033762>

- Chien, W., Yeung, F. y Chan, A. (2014). Perceived Stigma of Patients with Severe Mental Illness in Hong Kong: Relationships with Patients' Psychosocial Conditions and Attitudes of Family Caregivers and Health Professionals. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41, 237–251. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0463-3>
- Chikaodiri, A. (2009). Attitude of health workers to the care of psychiatric patients. *Annals of General Psychiatry*, 8(1), Artículo 19. <https://doi.org/10.1186/1744-859x-8-19>
- Corrigan, P. (2016). Lessons Learned from Unintended Consequences about Erasing the Stigma of Mental Illness. *World Psychiatry*, 15(1), 67–73. <https://doi.org/10.1002/wps.20295>
- Corrigan, P., River, P., Lundin, R., Penn, D., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H. y Kubiak, M. (2001). Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187–195. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865>
- Del Olmo-Romero, F., González, M., Sarró, S., Grácio, J., Martín-Carrasco, M., Martínez-Cabézón, A., Perna, G. y Pomarol-Clotet, E. (2018). Mental Health Professionals' Attitudes towards Mental Illness: Professional and Cultural Factors in the INTER NOS Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(3), 325–339. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0867-5>
- Delaney, K. R. (2012). Psychiatric Mental Health Nurses: Stigma Issues we Fail to See. *Archives of psychiatric nursing*, 26(4), 333–335. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.04.006>
- Dobransky, K. (2018). Breaking Down Walls, Building Bridges: Professional Stigma Management in Mental Health Care. *Society and Mental Health*, 9(2), 228–242. <https://doi.org/10.1177/2156869317750705>
- Druetta, I., Ceresa, M. F. y Leiderman, E. A. (2013). Attitudes of Mental Health Workers toward People with Schizophrenia. *Vertex*, 24(110), 245–252.
- Economou, M., Peppou, L. E., Kontoangelos, K., Palli, A., Tsaliagkou, I., Legaki, E. M., Gournellis, R. y Papageorgiou, C. (2020). Mental Health Professionals' Attitudes to Severe Mental Illness and its Correlates in Psychiatric Hospitals of Attica: The Role of Workers' Empathy. *Community Mental Health Journal*, 56(4), 614–625. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00521-6>
- Elliot, M. y Ragsdale, J. (2020). Mental Health Professionals with Mental Illnesses: A Qualitative Interview Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(6), 677–686. <https://doi.org/10.1037/ort0000499>
- Gateshill, G., Kucharska-Pietura, K. y Wattis, J. (2011). Attitudes towards mental disorders and emotional empathy in mental health and other healthcare professionals. *The Psychiatrist*, 35(3), 101–105. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.029900>
- Gil, H., Winter, M., León, P. y Navarrete E (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general [Stigma towards People with Mental Illness in General Hospital Health Professionals]. *Norte de Salud Mental*, 14(55), 103–111.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada. [Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity]* (1^a ed.. 10^a Reimpr.). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1963).
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P. y Svensson, B. (2011). Mental Health Professionals' Attitudes towards People with Mental Illness: Do they Differ from Attitudes Held by People with Mental Illness? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 48–54. <https://doi.org/10.1177/0020764011423176>

- Harris, I., Leskela, J. y Hoffman-Konn, L. (2016). Provider Lived Experience and Stigma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(6), 604–609. <https://doi.org/10.1037/ort0000179>
- Hengartner, M., Loch, A., Lawson, F., Guarniero, F., Wang, Y., Rössler, W. y Gattaz, W. (2012). Attitudes of Mental Health Professionals Towards Persons with Schizophrenia. A Transcultural Comparison between Switzerland and Brazil. *Archives of Clinical Psychiatry*, 39(4), 115–121. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832012000400001>
- Holmqvist, R. (2000). Associations between Staff Feelings toward Patients and Treatment Outcome at Psychiatric Treatment Homes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(6), 366–371. <https://doi.org/10.1097/00005053-200006000-00007>
- Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszka, M., Gmaj, B., Ilgen, M. y Wojnar, M. (2014). Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. *Community Mental Health Journal*, 51, 628–634. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9796-6>
- Koutra, K., Mavroeides, G. y Triliva, S. (2021). Mental Health Professionals' Attitudes Towards People with Severe Mental Illness: Are they Related to Professional Quality of Life? *Community Mental Health Journal*, 58(4), 701–712. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00874-x>
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V. y Rössler, W. (2004). What about psychiatrists' Attitude to Mentally Ill People? *European Psychiatry*, 19(7), 423–427. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.06.019>
- Li, J., Li, J., Thornicroft, G. y Huang, Y. (2014). Levels of stigma among community mental health staff in Guangzhou, China. *BMC Psychiatry*, 14, Artículo 231. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0231-x>
- Lien, Y.-Y., Lin, H.-S., Tsai, C.-H., Lien, Y.-J. y Wu, T.-T. (2019). Changes in Attitudes toward Mental Illness in Healthcare Professionals and Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), Artículo 4655. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234655>
- Lin, X., Rosenheck, R., Sun, B., Xie, G., Zhong, G., Tan, C., Li, Z. y He, H. (2018). Associative Stigma Experienced by Mental Health Professionals in China and the United States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(6), 745–753. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1643-6>
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. y Collins, P. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511–541. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>
- Loch, A. A., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Hengartner, M. P., Rössler, W., Gattaz, W. F. y Wang, Y. (2013). Stigma toward Schizophrenia: Do all Psychiatrists Behave the Same? Latent Profile Analysis of a National Sample of Psychiatrists in Brazil. *BMC Psychiatry*, 13, Artículo 92. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-92>
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible [The Struggle against the Stigma and Discrimination in Mental Health. A Complex Strategy based on Available Data]. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48–83.
- Martin, A., Chilton, J., Paasche, C., Weller, I., Amsalem, D. y Neary, S. (2020). Shared Living Experiences by Physicians have a Positive Impact on Mental Health Attitudes and Stigma among Medical Students: A Mixed-Methods Study. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 7, 1–9. <https://doi.org/10.1177/2382120520968072>

- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. y Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental [Stigma and Mental Illness. Analysis of the Social Rejection Suffered by People with Mental Illness]*. Editorial Complutense.
- Moll, S., Eakin, J., Franche, R. y Strike, C. (2012). When Health Care Workers Experience Mental Ill Health: Institutional Practices of Silence. *Qualitative Health Research*, 23(2), 167–179. <https://doi.org/10.1177/1049732312466296>
- Nakash, O., Nagar, M. y Levav, I. (2015.) Predictors of Mental Health Care Stigma and its Association with the Therapeutic Alliance during the Initial Intake Session. *Psychotherapy Research*, 25(2), 214–221. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.885147>
- Nordt, C., Rössler, W. y Lauber, C. (2006). Attitudes of Mental Health Professionals toward People with Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709–714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- O'Reilly, C. L., Paul, D., McCahon, R., Shankar, S., Rosen, A. y Ramzy, T. (2019). Stigma and Discrimination in Individuals with Severe and Persistent Mental Illness in an Assertive Community Treatment Team: Perceptions of Families and Healthcare Professionals. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(7-8), 570–579. <https://doi.org/10.1177/0020764019867358>
- Ordan, R., Shor, R., Liebergall-Wischnitzer, M., Noble, L. y Noble, A. (2018). Nurses' Professional Stigma and Attitudes Towards Postpartum Women with severe Mental Illness. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1543–1551. <https://doi.org/10.1111/jocn.14179>
- Picco, L., Chang, S., Abdin, E., Yiang, B., Yuan, Q., Ajit, J., Ong, S., Lai, K., Choon, H., Ann, S. y Subramaniam, M. (2019). Associative Stigma among Mental Health Professionals in Singapore: A Cross-Sectional Study. *BMJ Open*, 9, Artículo 028179. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028179>
- Rivera-Segarra, E., Varas-Díaz, N. y Santos-Figueroa, A. (2019). "That's all Fake": Health professionals stigma and physical healthcare of people living with Serious Mental Illness. *PLoS ONE* 14(12), Artículo e0226401. <https://doi.org/journal.pone.0226401>
- Rodríguez, F., Caballero, N., Tallo, E., Méndez, M., Hernández, M. C., López, S., Vilches, P. y González-Dávila, E. (2018). Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves [Effectiveness of Individual Supported Employment for People with Severe Mental Disorders]. *Gaceta Sanitaria*, 32(6), 513–518. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.007>
- Rose, G., von Hippel, C., Brener, L. y von Hippel, B. (2018). Attitudes of People Working in Mental Health Non-Governmental Organisations in Australia: A comparison with other Mental Health Professionals. *Health Psychology Open*, 5(1), Artículo 2055102918765413. <https://doi.org/10.1177/2055102918765413>
- Saridi, M., Kordosi, A., Toska, A., Peppou, L., Economou, M. y Souliotis, K. (2017). Attitudes of Health Professionals towards the Stigma Surrounding Depression in Times of Economic Crisis. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(2), 115–125. <https://doi.org/10.1177/0020764016685348>
- Sheehan, L. y Corrigan, P. (2020). Stigma of Disease and Its Impact on Health. En *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*, eds. C.S. Richards y L.M. Cohen. <https://doi.org.bibliotecauned.idm.oclc.org/10.1002/9781119057840.ch139>

- Siqueira, S., Abelha, L., Lovisi, G., Rodrigues, K. y Yang, L. (2016). Attitudes Towards the Mentally Ill: A Study with Health Workers at a University Hospital in Rio de Janeiro. *Psychiatric Quarterly*, 88(1), 25–38. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9431-5>
- Solmi, M., Granziol, U., Danieli, A., Frasson, A., Meneghetti, L., Ferranti, R., Zordan, M., Salvetti, B., Conca, A., Salcuni, S. y Zaninotto, L. (2020). Predictors of Stigma in a Sample of Mental Health Professionals: Network and Moderator Analysis on Gender, Years of Experience, Personality Traits, and Levels of Burnout. *European Psychiatry*, 63(1), Artículo e4. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2019.14>
- Steinberg, D. y Wetterneck, C. (2017). OCD Taboo Thoughts and Stigmatizing Attitudes in Clinicians. *Community Mental Health Journal*, 53(3), 275–280. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0055-x>
- Stuber, J., Rocha, A., Christian, A. y Link, B. (2014). Conceptions of Mental Illness: Attitudes of Mental Health Professionals and the General Public. *Psychiatric Services*, 65(4), 490–497. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>
- Ubaka, C., Chikezie, C., Amorha, K. y Ukwe, C. (2018). Health professionals' Stigma towards the Psychiatric Ill in Nigeria. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 28(4), 483–494. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v28i4.14>
- Ucok, A., Polat, A., Sartorius, N., Erkoc, S. y Atakli, C. (2004). Attitudes of Psychiatrists toward Patients with Schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(1), 89–91. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2004.01198.x>
- Velasco, R. (2013). De-construyendo el estigma en salud mental [Deconstructing stigma in mental health]. *Psychology, Society & Education*, 5(1), 91–102.
- Verhaeghe, M. y Bracke, P. (2012). Associative Stigma among Mental Health Professionals. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(1), 17–32. <https://doi.org/10.1177/0022146512439453>
- Wagner, L., Torres-González, F., Geidel, A. y King, M. (2011). Cuestiones existenciales en la esquizofrenia: percepción de portadores y cuidadores [Existential questions in schizophrenia: perception of patients and caregivers]. *Revista de Saúde Pública*, 45(2), 401–408. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000200019>
- World Health Organization. (2001). *Mental Health Resources in the World 2001*. <https://www.who.int/whr/2001/en/>
- World Health Organization. (2018). *Mental Health Atlas 2017*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>
- Yuan Q, Picco L, Chang S, Abdin E, Chua, B., Ong S, Lai, K., Ann, S. y Subramaniam, M. (2017) Attitudes to Mental Illness among Mental Health Professionals in Singapore and Comparisons with the General Population. *PLoS ONE*, 12(11), Artículo e0187593. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187593>