

Efectividad de una intervención antiestigma hacia pacientes con trastornos mentales en atención primaria en Chile*

* Artículo derivado de la tesis de maestría titulada: *Efectividad de una intervención anti-estigma hacia pacientes con trastornos mentales en atención primaria Chile*, Universidad Adventista. No anexada a repositorio.

Victoria Rosado-Berdugo

<https://orcid.org/0009-0005-8062-5936>
Universidad Adventista de Chile, Chile
victoriarosado@alu.unach.cl

✉ **Sandra Henríquez-Figueroa**

<https://orcid.org/0000-0001-9156-8037>
Universidad Adventista de Chile, Chile
sandrahenriquez@unach.cl

Recibido: 14/01/2025
Enviado a pares: 11/03/2025
Aceptado por pares: 03/06/2025
Aprobado: 05/06/2025

DOI: 10.5294/aqui.2025.25.3.7

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Rosado-Berdugo V, Henríquez-Figueroa S. Inglés. Effectiveness of an Anti-Stigma Intervention for Patients with Mental Disorders in Primary Care in Chile. *Aquichan* 2025;25(3):e2537. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2025.25.3.7>

Temática: Promoción de la salud, bienestar y calidad de vida.

Aportes a la disciplina: los hallazgos de este estudio contribuyen a perfeccionar estrategias que permitan diseñar intervenciones más efectivas para reducir el estigma hacia las personas con trastornos mentales. Esto incluye mejorar las prácticas asistenciales, reducir actitudes estigmatizadoras a nivel institucional y personal y promover entornos inclusivos y respetuosos. Estos aportes son esenciales para garantizar una atención integral y humanizada, fortaleciendo la calidad de los servicios en atención primaria de salud.

Resumen

Introducción: el estigma hacia personas con trastornos mentales dificulta el acceso y la calidad de la atención en salud a nivel global. Para reducir esta situación entre los profesionales de la salud se requieren intervenciones específicas. **Objetivo:** evaluar la efectividad de un programa de intervención anti estigma hacia pacientes con trastornos mentales en un CESFAM de Biobío. **Materiales y Métodos:** estudio cuantitativo, analítico, preexperimental y longitudinal con 40 profesionales de la salud seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado. Se incluyeron participantes con más de un año de antigüedad, contacto directo con usuarios y asistencia a, al menos, un taller. Se excluyó a quienes presentaban ausentismo laboral justificado. Se aplicó el cuestionario OMS-HC en enero de 2024 (preintervención) y en junio de 2024 (posintervención). La intervención educativa se llevó a cabo entre marzo y junio de 2024. Se utilizaron pruebas t de Student, W de Wilcoxon, ANOVA, pruebas post-hoc de Games-Howell y coeficiente de Rho de Spearman para el análisis. **Resultados:** la muestra estuvo compuesta mayormente por mujeres (72,5 %) y profesionales de 30-39 años (45 %). El puntaje medio del cuestionario fue de 46,2 (DE \pm 8,30) en la preintervención, manteniéndose sin cambios en la postintervención (DE \pm 9,4). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el cuestionario postintervención. **Conclusión:** no se evidenció reducción del estigma tras la intervención. Se observaron diferencias en las actitudes estigmatizadoras, según edad, estamento, lo que señala un aumento de actitud estigmatizadora asociada a los años de servicio; esto sugiere el uso de enfoques más específicos para abordar el problema.

Palabras clave (Fuente DeCS)

Estigma; salud mental; trastornos mentales; profesionales de la salud; atención primaria de salud.

4 Effectiveness of an Anti-Stigma Intervention for Patients with Mental Disorders in Primary Care in Chile*

*This paper is derived from the master's dissertation "Efectividad de una intervención anti-estigma hacia pacientes con trastornos mentales en atención primaria Chile" presented to the Universidad Adventista.

Abstract

Introduction: Stigma towards people with mental disorders hinders access to and the quality of healthcare globally. Reducing this situation among healthcare professionals requires specific interventions. **Objective:** To evaluate the effectiveness of an anti-stigma intervention program for patients with mental disorders at a CES-FAM in Biobío. **Materials and Methods:** A quantitative, analytical, pre-experimental, and longitudinal study was conducted with 40 healthcare professionals selected using stratified random sampling. Participants with more than one year of experience, direct contact with users, and who had attended at least one workshop were included. Those with justified absenteeism from work were excluded. The WHO-HC questionnaire was administered in January 2024 (pre-intervention) and June 2024 (post-intervention). The educational intervention was conducted between March and June 2024. Student's T-test, Wilcoxon's W test, ANOVA, Games-Howell post-hoc tests, and Spearman's Rho coefficient were used for the analysis. **Results:** The sample consisted predominantly of women (72.5%) and professionals aged 30-39 (45%). The mean questionnaire score was 46.2 (SD \pm 8.30) at pre-intervention, remaining unchanged at post-intervention (SD \pm 9.4). No statistically significant differences were found in the post-intervention questionnaire. **Conclusion:** No reduction in stigma was evident after the intervention. Differences in stigmatizing attitudes were observed based on age and social class, indicating an increase in stigmatizing attitudes associated with years of service; this suggests the use of more targeted approaches to address the problem.

Keywords (Source: DeCS)

Stigma; mental health; mental disorders; health professionals; primary health care.

Efetividade de uma intervenção antiestigma para pacientes com transtornos mentais na atenção primária no Chile*

*Artigo derivado da dissertação de mestrado intitulada “Efetividade de uma intervenção antiestigma para pacientes com transtornos mentais na atenção primária Chile”, defendida na Universidad Adventista. Não anexada ao repositório.

Resumo

Introdução: O estigma em relação às pessoas com transtornos mentais dificulta o acesso e a qualidade da atenção à saúde em todo o mundo. Para reduzir essa situação entre os profissionais de saúde, são necessárias intervenções específicas. **Objetivo:** avaliar a efetividade de um programa de intervenção antiestigma para pacientes com transtornos mentais em um CESFAM [Centros de Saúde Familiar] no Biobío. **Materiais e métodos:** estudo quantitativo, analítico, pré-experimental e longitudinal com 40 profissionais de saúde selecionados por amostragem aleatória estratificada. Foram incluídos participantes com mais de um ano de experiência, contato direto com os usuários e participação em pelo menos uma oficina. Foram excluídos aqueles que apresentaram ausência justificada no trabalho. O questionário OMS-HC foi aplicado em janeiro de 2024 (pré-intervenção) e em junho de 2024 (pós-intervenção). A intervenção educativa foi realizada entre março e junho de 2024. Para a análise, foram utilizados o teste t de Student, o W de Wilcoxon, a ANOVA, os testes post-hoc de Games-Howell e o coeficiente Rho de Spearman. **Resultados:** A amostra foi composta majoritariamente por mulheres (72,5 %) e profissionais com idade entre 30 e 39 anos (45 %). A pontuação média do questionário foi de 46,2 (DP \pm 8,30) no pré-intervenção, mantendo-se inalterada no pós-intervenção (DP \pm 9,4). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no questionário pós-intervenção. **Conclusão:** Não houve evidência de redução do estigma após a intervenção. Foram observadas diferenças nas atitudes estigmatizantes, de acordo com a idade e o estamento, o que indica aumento das atitudes estigmatizantes associadas aos anos de serviço. Isso sugere o uso de abordagens mais específicas para resolver o problema.

Palavras-chave (Fonte: DeCS)

Estigma; saúde mental; transtornos mentais; profissionais de saúde; atenção primária à saúde.

Introducción

Según el “Informe mundial sobre la salud mental” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de 2023, aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre de un trastorno de salud mental, siendo esta condición la principal causante de años vividos con discapacidad (AVD), con uno de cada seis casos de AVD a nivel global (1).

En Chile, el estudio “Termómetro de la salud mental ACHS-UC”, cuya novena ronda se realizó en 2023, reveló que el 13,4 % de las personas evaluadas presentó sospecha de problemas o problemas de salud mental, mientras que el 64 % presentó síntomas de depresión y el 55 % reportó sintomatología ansiosa (2).

Los usuarios con trastornos de salud mental acceden a los diferentes niveles de los servicios de salud con la expectativa de recibir atención que alivie o erradique su condición (3). En este contexto, los proveedores de atención en salud tienen el deber de brindar una atención accesible, oportuna y de calidad, sin discriminación arbitraria, como así lo estipula el artículo 2 de la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas con relación a las acciones vinculadas con la atención en salud (4). Asimismo, el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria refuerza el principio de la atención centrada en la persona, promoviendo un trato basado en la dignidad y el respeto (5).

A nivel mundial, existen brechas en la cobertura de los servicios de atención de salud mental, los cuales se ven agravados por la variable: calidad de la atención (6). Entre los factores que impiden que las personas con trastornos de salud mental accedan a la atención en salud se destacan la mala calidad de los servicios, el desconocimiento sobre la salud mental, la estigmatización y la discriminación (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala (7) que el estigma hacia las personas con trastornos mentales está ampliamente extendido tanto en la sociedad como en los sistemas de atención de salud de todo el mundo, lo que conlleva a la entrega de servicios ineficientes o dificultad en el acceso a estos; señala, por ejemplo, que el 71 % de las personas con psicosis en todo el mundo no reciben servicios de salud mental.

Ante esta problemática, la OPS (8) destaca que los estereotipos, los prejuicios y las conductas discriminatorias hacia las personas con problemas de salud mental son comunes en los servicios de salud, es por eso que, en el año 2022, esta entidad promueve una campaña mundial con el objetivo de frenar el estigma y la discriminación hacia estas personas.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud (MINSAL), a través del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, define el estigma como un fenómeno multidimensional, relacionado con el desconocimiento y el

temor al otro, que se refleja en la exclusión social y el maltrato hacia las personas con este tipo de trastornos, por considerarlas peligrosas, impredecibles e indeseables, así como también en la falta de oportunidades para ellas (9, 10). Enfatizan que el estigma constituye un desafío crítico para la integración de la salud mental en la atención primaria de salud (APS), destacando que las personas con trastornos mentales pueden tener experiencias más desfavorables como usuarios, en comparación con personas sin dichos diagnósticos.

El modelo teórico sociocognitivo del estigma mental, propuesto por Bandura, explica cómo las emociones, los comportamientos y los pensamientos que desencadena el prejuicio permiten comprender los determinantes del estigma, orientando intervenciones tanto a nivel individual como social (11).

Ante este escenario, resulta fundamental implementar políticas y programas de salud mental coherentes con el paradigma epidemiológico comunitario, lo cual requiere un esfuerzo sostenido y el apoyo activo de toda la comunidad, incluidos los funcionarios del sistema de salud (12, 13).

En este contexto, el presente estudio tuvo como propósito evaluar la efectividad de un programa de intervención anti estigma, dirigido a pacientes con trastornos mentales. Para ello, se plantearon los siguientes objetivos: describir el nivel de estigmatización hacia dichos pacientes por parte de los profesionales de la salud; identificar las áreas problemáticas y los factores que contribuyen al estigma; diseñar un programa de intervención ajustado a las necesidades detectadas y adaptado al contexto del CESFAM seleccionado; e implementar dicho programa, incorporando actividades de capacitación y sensibilización dirigidas a los profesionales del establecimiento.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, analítico con diseño preexperimental, de corte longitudinal en un CESFAM en la región del Biobío, Chile, perteneciente a la red de APS del Servicio de Salud de Talcahuano. El establecimiento intervenido cuenta con una dotación de 159 funcionarios clínicos y no clínicos, con contratos vigentes al 30 de marzo de 2024 en modalidades como: indefinidos, a contrata y por honorarios, exceptuando al personal del servicio de urgencia.

El universo utilizado para el cálculo de la muestra se extrajo de la nómina de recursos humanos. La muestra fue seleccionada mediante muestreo aleatorio estratificado, resultando en 61 participantes, inicialmente. Los criterios de selección consideraron a los trabajadores con más de un año de antigüedad en el estable-

cimiento, cuyas funciones implican mantener contacto directo con los usuarios que asistieron al menos a un taller de intervención. Por otro lado, se excluyó a aquellos trabajadores con ausentismo laboral justificado durante el periodo de aplicación del cuestionario y a aquellos que no firmaron el consentimiento informado, quedando una muestra final de 40 participantes.

Este programa de intervención tuvo como objetivo reducir las actitudes estigmatizadoras hacia las personas con trastornos mentales mediante el desarrollo de actividades diagnósticas, educativas y evaluativas, fundamentadas en la teoría cognitiva social de Bandura. La implementación del programa antiestigma se llevó a cabo en cuatro etapas planificadas, las cuales se detallan en el (Anexo 2).

Etapla diagnóstica: esta etapa tuvo como objetivo establecer una línea base en cuanto las actitudes estigmatizadoras de los participantes mediante la aplicación del cuestionario Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC). La recolección de datos se llevó a cabo en mayo de 2024, permitiendo identificar áreas clave para abordar en los talleres educativos.

Etapla de intervención educativa: durante esta etapa se realizaron cuatro talleres educativos de una hora de duración, diseñados para abordar temáticas relacionadas con la estigmatización hacia las personas con trastornos mentales, los cuales se ejecutaron desde la última semana de mayo hasta la primera semana de julio de 2024. Los talleres fueron preparados y llevados a cabo con apoyo de un profesional del área de salud mental y se trataron las siguientes temáticas:

Taller 1: taller de reflexión sobre la salud mental, enfocado en el estigma, la discriminación y su efecto en las personas con trastornos mentales. Este taller buscó sensibilizar a los participantes sobre cómo sus actitudes pueden influir en la atención a estos usuarios.

Taller 2: autoestima y autopercepción, enfocado en la relación entre la percepción personal y las actitudes hacia otros.

Taller 3: primeros auxilios psicológicos en pacientes descompensados, el cual proporcionó herramientas prácticas para actuar en situaciones de crisis.

Taller 4: buen trato a las personas con trastornos mentales, que promovió habilidades para garantizar una atención respetuosa y digna.

Etapla de aplicación del cuestionario posintervención: en esta etapa, realizada entre agosto y septiembre de 2024, se aplicó nuevamente el cuestionario OMS-HC, incluyendo una pregunta adicional sobre la asistencia a los talleres educativos. Esta información permitió analizar la eficacia de la intervención en los participantes que asistieron activamente a las sesiones.

Análisis de los resultados: el análisis de los datos se realizó entre septiembre y octubre de 2024. Esta etapa permitió evaluar la eficacia del programa de intervención, identificando cambios en las actitudes estigmatizadoras y estableciendo correlaciones entre la participación en los talleres y los resultados del cuestionario OMS-HC.

El cuestionario OMS-HC (Anexo 1), originalmente desarrollado en Canadá en el año 2012, evalúa el estigma hacia las personas con trastornos mentales por parte de los funcionarios de la salud (14); su confiabilidad ha sido probada con índice de α de Cronbach de 0,82 en 2012 y de 0,76 en 2018, en Canadá (15, 16), y de 0,74 en 2023, en Brasil (17). En Chile existe una versión traducida y validada por Sapag *et al.* (18) en 2019, con un α de Cronbach de 0,69; esta versión mantiene una estructura en torno a tres dimensiones: 1) actitudes hacia las personas con enfermedades de salud mental; 2) divulgación y búsqueda de ayuda; y 3) distancia social. Se recomienda analizar las respuestas en contexto de estas dimensiones específicas (18).

Posteriormente, en el año 2021, Gajardo *et al.* (19) realizaron también la traducción y validación mediante índice de validez de contenido (IVC), el cual se consideró aceptable con rangos entre 0,51 y 0,99.

El cuestionario OMS-HC es un instrumento autoaplicado, compuesto por 20 ítems con opciones de respuesta tipo Likert, en una escala de 1 a 5, donde 1 significa “completamente en desacuerdo” y 5 “completamente de acuerdo”. Los baremos indican que un puntaje global más alto indica una actitud más estigmatizadora, siendo 20 puntos la mínima actitud estigmatizadora y 100 puntos la máxima. Las preguntas 3, 8, 9, 10, 11, 15 y 19 se codifican de manera inversa, asignando el puntaje más bajo a la opción “completamente en desacuerdo” y el más alto a “completamente de acuerdo” (20).

Para completar la caracterización de la muestra, se diseñó un cuestionario sociodemográfico que incluyó variables como género, edad, estamento o profesión, años de servicio y presencia de alguien cercano con algún trastorno de salud mental.

Recolección de datos: la recolección se realizó en dos fases. La primera fue una etapa diagnóstica preintervención y tuvo lugar en mayo de 2024, y la segunda se realizó posintervención durante agosto y septiembre del mismo año. En ambas etapas se utilizó el cuestionario OMS-HC en su versión validada y traducida para Chile, que fue enviado a los participantes del estudio a través de sus correos, mediante un enlace de Google Forms. Para la recolección de datos posintervención, se incorporó al cuestionario una pregunta adicional sobre los talleres antiestigma para evaluar la participación.

Estadística: el análisis estadístico incluyó la tabulación inicial de datos en Microsoft® Excel®, seguida de un procesamiento avanzado mediante el software Jamovi®, v. 2.3.28.

Se realizaron análisis descriptivos de las variables sociodemográficas, calculando frecuencias y porcentajes. Para comparar las medias del puntaje total del instrumento y sus dimensiones, se aplicó la prueba *t* de Student para muestras apareadas, con excepción de la dimensión de divulgación. Esta última, al no presentar una distribución normal, fue analizada mediante la prueba *W* de Wilcoxon. Adicionalmente, se emplearon el análisis de varianza (ANOVA) de un factor, las pruebas post-hoc de Games-Howell y el coeficiente *Rho* de Spearman para evaluar la correlación entre variables e identificar grupos con diferencias significativas.

Consideraciones éticas: con el fin de garantizar el anonimato de los participantes y el uso adecuado de la información, conforme a lo establecido por la Ley chilena 19.628 sobre Protección de la Vida Privada (21), se obtuvo el consentimiento previo, libre e informado de los involucrados. Además, se verificó que este proyecto no implicó riesgos de destrucción, muerte o lesiones corporales graves y duraderas para los participantes. Por ello, se solicitó la aprobación del comité ético científico de la universidad adscrita, en cumplimiento del artículo 10 de la Ley 20.120 (22), la cual se otorgó mediante el dictamen n.º 2024-02.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados más relevantes obtenidos de la aplicación del cuestionario OMS-HC en las etapas pre y posintervención, complementados con el análisis de las variables sociodemográficas de los participantes. Estos datos permiten observar los cambios y dinámicas en las respuestas antes y después de la intervención, lo que nos permite evaluar el impacto del programa, además de contextualizar el fenómeno del estigma y explorar las posibles relaciones entre las características de los participantes y sus respectivas respuestas.

Respecto de los datos sociodemográficos de la muestra, compuesta por 40 personas, se encontró que el sexo predominante fue el femenino, con un 72,5 %; el sexo masculino correspondió a un 27,5 %. En cuanto a la distribución etaria, se mostró que el grupo de 30 a 39 años fue el más representado, con 45 %, seguido de los rangos de 40 a 49 años, con un 25,5 %, y 50 a 59 años, con un 20 %. Respecto del estamento que predomina, se encuentra el de los profesionales, representando el 57,5 % del total, seguido de los técnicos, con un 32,5 %, y los administrativos, con un 10 %. Con relación a los años de servicio, el rango predominante es el de 8 a 12 años, con un 32,5 %, seguido de 4 a 7 años, con un 20 %, y de 21 a 35 años, con un 17,5 %, como los más destacados.

Respecto al ítem “presencia de un cercano con enfermedad de salud mental”, se observó un incremento en las respuestas afirmativas en el cuestionario posintervención. El número de participantes que reportaron tener cercanos con diagnóstico de trastorno mental aumentó de 19, en la preintervención, a 26 en la posintervención, lo que se traduce, en porcentaje, en una variación que va desde un 47,5 % a un 65 %, respectivamente. En la tabla 1 se observa un análisis más detallado de esta pregunta en la etapa preintervención, comparando las respuestas “sí” y “no” tanto para el puntaje del total del cuestionario como para cada una de sus dimensiones. Para el total del cuestionario las medias son similares para “sí” y “no”, 44,6 y 47,6, respectivamente.-

Tabla 1. Presencia de cercano con enfermedad de salud mental preintervención

Variables	Sí		No		t de Student	p
	M	DE	M	DE		
Total del cuestionario	44,6	8,98	47,6	7,58	-1122	0,269
Divulgación y búsqueda de ayuda	7,89	3,23	8,05	2,40	-0.171	0,865
Distancia social	9,42	2,76	10,7	3,09	-1340	0,188
Actitudes hacia personas con enfermedad mental	12,8	3,20	13,9	3,19	-1050	0,300

Fuente: elaboración propia.

Nota: M = media, DE = desviación estándar, $p = p$ valor

En la tabla 2 se presenta un análisis descriptivo sobre el total del cuestionario y cada una de sus dimensiones en las etapas pre y posintervención. Los resultados muestran que la media del total del instrumento se mantuvo constante en 46,2 tanto en la preintervención como en la posintervención. Sin embargo, se observó una ligera variación en la DE, siendo de $\pm 8,30$ en la preintervención y de $\pm 9,43$ en la posintervención. El análisis estadístico arrojó un valor p de 0,982. En cuanto a la dimensión “actitud hacia las personas con enfermedades de salud mental”, esta presentó una discreta variación de las medias, de 13,4 a 14,1, con una DE de $\pm 3,20$ a 3,65, respectivamente, y un p valor de 0,443. Finalmente, en la dimensión “divulgación y búsqueda de ayuda”, se observó un ligero aumento de la media, de 7,97 a 8,32, con una variación de la DE de $\pm 2,67$ a 2,96 y un p valor de 0,544.

Tabla 2. Total del cuestionario y comparación de medias de cada una de sus dimensiones

Variables	Preintervención		Posintervención		Prueba	Estadístico	P
	M	DE	M	DE			
Total del instrumento preintervención	46,2	8,30	46,2	9,43	t de Student	-0,0228	0,982
Distancia social preintervención	10,1	3,10	10,2	3,20	t de Student	-0,1575	0,876
Actitudes hacia personas con enfermedades mentales preintervención	13,4	3,20	14,1	3,65	t de Student	-0,7759	0,443
Divulgación preintervención	7,97	2,79	8,32	2,79	W de Wilcoxon	329	0,544

Fuente: elaboración propia.

Nota: M = media, DE = desviación estándar, $p = p$ valor. Actitudes hacia las personas con enfermedades mentales: Puntaje máximo de 30 puntos. Divulgación y búsqueda de ayuda: Puntaje máximo de 20 puntos. Distancia social: Puntaje máximo de 25 puntos.

Se realizó un análisis para asociar las variables “estamentos” y la dimensión “distancia social” en la etapa preintervención, ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la etapa pre y posintervención. El ANOVA de un factor mostró un p valor de 0,010, indicando diferencias significativas. El análisis descriptivo reveló que el grupo administrativo obtuvo una media de 13,5 puntos con una DE $\pm 1,9$, siendo el puntaje más alto. La prueba post-hoc de Games-Howell mostró que los administrativos tienen una diferencia de medias de -4,46 respecto a los profesionales, con un p valor de 0,020, como se observa en la tabla 3.

Tabla 3. Prueba post-hoc de Games-Howell entre estamentos y distancia social preintervención

Estamentos		Estamentos			Distancia social	
		Profesional	Técnico	Administrativos	M	DE
Profesionales	Diferencia de medias	—	-1,80	-4,46	9,04	2,85
	P	—	0,135	0,020		
Técnicos	Diferencia de medias		—	-2,65	10,8	2,48
	P		—	0,135		
Administrativos	Diferencia de medias			—	13,5	1,91
	P			—		

Fuente: elaboración propia.

Nota: M = media, DE = desviación estándar, $p = p$ valor. Actitudes hacia las personas con enfermedades mentales: Puntaje máximo de 30 puntos. Divulgación y búsqueda de ayuda: Puntaje máximo de 20 puntos. Distancia social: Puntaje máximo de 25 puntos.

En la tabla 4 se presenta la relación entre los años de servicio y las actitudes hacia las personas con enfermedades de salud mental pre-intervención. Se observa que los trabajadores entre el rango de 21 a 35 años tienen la media más alta en comparación con los otros grupos, DE $\pm 3,35$. El rango con menor puntaje de la media fue el de los 1 a 3 años, con una media de 10,2 y una DE $\pm 1,72$.

Tabla 4. Actitudes hacia las personas con enfermedades de salud mental y años de servicio

Años de servicio	Resultados pre-intervención	
	M	DE
31 a 35 años	14,0	NaN
21 a 35 años	14,3	3,35
13 a 20 años	13,4	1,95
8 a 12 años	14,2	2,71
4 a 7 años	13,6	4,41
1 a 3 años	10,2	1,72

Fuente: elaboración propia.

Nota: M = media, DE = desviación estándar, NaN = sin desviación estándar.

Continuando con los resultados, se evidenció la correlación entre la dimensión de actitudes hacia las personas con enfermedades de salud mental y los años de servicio en la etapa pre-intervención. El coeficiente de Rho de Spearman es de 0,345, con un valor p de 0,029.

Por último, se presenta la comparación entre el rango de edad y la dimensión “actitudes hacia las personas con enfermedades de salud mental” en la etapa pre-intervención. Para esta comparación, la prueba ANOVA de un factor mostró un valor p de 0,003, lo que indica diferencias significativas. Al profundizar mediante un análisis descriptivo, se observó que el grupo de 20 a 29 años obtuvo puntuaciones significativamente diferentes respecto de otros grupos etarios, con una media de 10,0 puntos y una DE de $\pm 1,00$, siendo el puntaje más bajo registrado. La prueba post-hoc de Games-Howell reveló diferencias negativas significativas entre este grupo y los otros grupos de edad, con valores p de 0,036, 0,005 y 0,042 respectivamente, como se detalla en la tabla 5.

Tabla 5. Prueba post-hoc de Games-Howell entre rango de edad y actitudes hacia a las personas con enfermedades mentales preintervención

Edad		Actitudes hacia las personas con enfermedades de salud mental pre-intervención	
		M	DE
20 a 29 años	Diferencia de medias	10,0	1,00
30 a 39 años	Diferencia de medias	13,2	3,52
40 a 49 años	Diferencia de medias	14,8	3,06
50 a 59 años	Diferencia de medias	13,3	2,25

Fuente: elaboración propia.

Nota: M = media, DE = desviación estándar, $p = p$ valor. Actitudes hacia las personas con enfermedades mentales: Puntaje máximo 30 puntos; Divulgación y búsqueda de ayuda: Puntaje máximo 20 puntos; Distancia Social: Puntaje máximo 25 puntos.

Discusión

Evaluar el impacto de una intervención orientada a reducir el estigma hacia personas con trastornos mentales implica considerar la interacción de factores individuales, organizacionales y del diseño de la intervención. En este estudio, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes del cuestionario OMS-HC entre las etapas pre y posintervención, manteniéndose una media global de 46,2 puntos ($p = 0,982$). Este resultado puede estar relacionado con la intensidad y duración de la intervención, la asistencia parcial a los talleres y las condiciones laborales del equipo de salud, factores que han sido señalados en la literatura como determinantes del éxito en intervenciones antiestigma (20,23).

Resultados similares han sido reportados por Mittal *et al.* (24) y Almadani *et al.* (25), en los que intervenciones educativas en profesionales y estudiantes de salud tampoco lograron generar cambios estadísticamente significativos. Sherwood (23) destaca que los programas breves, centrados exclusivamente en contenidos teóricos, suelen tener un efecto limitado cuando no incorporan componentes experienciales o contacto directo con personas diagnosticadas. Esta afirmación encuentra respaldo en la revisión de Arroyo *et al.* (26), quienes recomiendan buenas prácticas como el testimonio de personas con experiencia vivida y estrategias participativas para lograr un cambio real en las actitudes del personal de salud.

Si bien no se observaron cambios cuantitativos globales, un hallazgo interesante fue el aumento del 47 % al 65 % en el reporte de cercanos con diagnóstico de trastorno mental. Aunque este cambio no se tradujo en diferencias en los niveles de estigmatización, podría interpretarse como un indicador de mayor conciencia y disposición para reconocer estas condiciones en el entorno personal. Estudios como los de Gajardo *et al.* (19) y Sapag *et al.* (10) han indicado que

la cercanía con personas diagnosticadas puede reducir los prejuicios, aunque en este estudio no se evidenció un efecto significativo al respecto. En contraste, Torres *et al.* (28) reportó una diferencia significativa entre quienes tenían y no tenían un familiar con enfermedad mental, lo cual contradice los hallazgos del presente estudio y subraya la relevancia del contexto.

Respecto a los niveles basales de estigmatización, los valores observados se sitúan en un rango moderado-bajo, concordante con investigaciones desarrolladas en Hungría, Estados Unidos y Portugal (29, 30), y con las medias reportadas por (20) en contextos clínicos chilenos. Sin embargo, estos valores fueron más altos que los informados por Torres *et al.* (28), quien obtuvo una media de 35 puntos en profesionales de salud primaria. Esta discrepancia podría estar relacionada con diferencias en los perfiles de los participantes, el entorno institucional o el grado de exposición previa a programas de salud mental.

En el análisis por dimensiones del cuestionario OMS-HC tampoco se evidenciaron cambios significativos tras la intervención. Las puntuaciones en “distancia social”, “actitudes hacia personas con enfermedades mentales” y “divulgación y búsqueda de ayuda” fueron similares a las reportadas en estudios previos (20, 30). No obstante, como indican Hsia *et al.* (30), es posible que estas dimensiones requieran abordajes diferenciados más allá de los enfoques educativos tradicionales.

Dado que no se observaron cambios tras la intervención, se realizó un análisis más profundo de los datos preintervención. Se encontró que el grupo de trabajadores más jóvenes (20–29 años) presentó niveles significativamente menores de estigmatización en comparación con los grupos de mayor edad ($p = 0,003$), lo que sugiere que las nuevas generaciones podrían tener una mayor apertura hacia la salud mental. Este resultado contrasta con el estudio de Sapag y Velasco (20, 31), quienes hallaron menores niveles de estigmatización en trabajadores mayores de 55 años. Estas diferencias podrían explicarse por factores culturales, generacionales o de formación.

Asimismo, se identificaron diferencias significativas entre los estamentos, siendo los administrativos quienes manifestaron mayor puntaje en la dimensión “distancia social” ($p = 0,020$). Este hallazgo coincide con lo observado por Sapag y Velasco (20,31), pues el estamento administrativo mostró niveles más altos de estigma en comparación con el personal clínico, lo cual refuerza la necesidad de incluir a todos los estamentos del equipo de salud en programas de formación continua en salud mental.

Otro hallazgo relevante fue la correlación positiva entre los años de servicio y las actitudes estigmatizadoras ($r = 0,345$; $p = 0,029$). A mayor antigüedad laboral, se observó una tendencia a puntajes más altos en estigma, particularmente en la dimen-

sión “actitudes hacia personas con enfermedades mentales”. Este resultado concuerda con el estudio de Zamorano *et al.* (32), quienes identificaron que profesionales con mayor experiencia reportaban niveles más altos de estigmatización, asociados también a síntomas de despersonalización. Sin embargo, esta relación no es unívoca; Román (33), por ejemplo, encontró que una mayor trayectoria profesional se asociaba con mayor empatía hacia usuarios con trastornos mentales, lo que evidencia la necesidad de profundizar en los factores mediadores de esta relación.

Aunque el presente estudio no logró evidenciar una reducción significativa del estigma, sí contribuye a visibilizar la complejidad del fenómeno en atención primaria y a reconocer la necesidad de reforzar los programas educativos con componentes estructurados, experienciales y sostenidos en el tiempo. Investigaciones como las de Upegui *et al.* (34) y Gómez *et al.* (35) han demostrado que las intervenciones prolongadas, que incluyen elementos reflexivos, contacto con personas con experiencia vivida y seguimiento, logran reducir significativamente el estigma.

En línea con las recomendaciones de Arroyo *et al.* (27), las estrategias futuras deberían combinar formación técnica, contacto directo y participación activa, fortaleciendo además el apoyo institucional como factor protector frente a actitudes discriminatorias. Este estudio ofrece una base empírica útil para la planificación de programas más integrales y adaptados al contexto local, y subraya que, para generar transformaciones reales, no basta con talleres aislados, sino que se requieren esfuerzos sistemáticos, colaborativos y sostenidos.

Conclusión

Este estudio permitió evaluar el impacto de una intervención educativa orientada a reducir el estigma hacia personas con trastornos mentales en atención primaria. Aunque no se observaron cambios estadísticamente significativos en los niveles generales de estigmatización entre las mediciones pre y posintervención, los resultados ofrecen información útil para comprender los desafíos de implementación en contextos reales y aportan orientaciones clave para el fortalecimiento de futuras estrategias formativas.

Asimismo, el estudio permitió identificar factores relevantes asociados al estigma, como la edad, el estamento laboral y los años de servicio, observándose niveles más bajos en profesionales más jóvenes y mayores puntajes en el estamento administrativo y en trabajadores con más antigüedad. También se evidenció un aumento en el número de participantes que reconocieron tener un diagnóstico cercano de salud mental tras la intervención, lo que podría reflejar una mayor apertura o sensibilización sobre el tema.

En su conjunto, los hallazgos subrayan la importancia de avanzar hacia intervenciones educativas más integrales, experienciales y

sostenidas en el tiempo, que cuenten con apoyo institucional y consideren las características del equipo de salud. Fortalecer estos programas es clave para fomentar entornos de atención más empáticos, inclusivos y centrados en la persona usuaria.

Implicancias prácticas

Los resultados destacan la necesidad de optimizar las estrategias antiestigma, incorporando enfoques más efectivos, adaptados a los profesionales y con respaldo institucional para garantizar su impacto y sostenibilidad.

Limitaciones

Las principales limitaciones de la investigación se centran en:
Participación y asistencia limitada: la baja asistencia a los talleres afectó la representatividad de los resultados y el alcance potencial del programa.

Percepción de juicio: algunos participantes temían ser identificados como estigmatizadores, lo que pudo influir en su disposición a participar activamente o a expresar sus verdaderas actitudes durante la intervención.

Carga horaria y tiempo limitado: la apretada agenda de los trabajadores de la salud, sumada a sus responsabilidades laborales, limitó su disponibilidad para asistir a las sesiones, lo que afectó tanto la participación como la efectividad del programa antiestigma.

Sugerencias

Para futuras investigaciones se sugiere lo siguiente:
Mejorar la participación en los talleres mediante estrategias como incentivos y ajuste de horarios o replicar los talleres en diferentes horarios u otras fechas para que sean más accesibles a todos los funcionarios.

Implementar un sistema de encuestas o entrevistas antes y después de cada taller para recoger la retroalimentación y ajustar el diseño de las sesiones, según las necesidades de los participantes.

Sensibilizar a la administración sobre la importancia de mantener programas anti estigma hacia las personas con trastornos mentales, asegurando la continuidad en el tiempo y el apoyo institucional.

Declaración de intereses

Los autores manifiestan que no existen intereses competitivos, financieros o personales que afectaran el desarrollo, resultados o interpretación de este proyecto.

Esta investigación no recibió ningún tipo de financiamiento externo ni se benefició de subvenciones. Tampoco obtuvo apoyo económico a través de proyectos universitarios internos.

Referencias

- Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos [Internet]. Washington D.C: OPS; 2023. <https://doi.org/10.37774/9789275327715>
- Casali R, Maldonado A, Riquelme M. Novena ronda del Termómetro de la Salud Mental Achs-UC. ACHS [Internet]; 2024. <https://www.achs.cl/centro-de-noticias/noticia/2024/novena-ronda-del-term%C3%B3metro-de-la-salud-mental-achs-uc>
- Pérez LA, Mantilla MI, Muñoz E. Perspectivas de la salud mental en el escenario laboral: anatomía de un debate académico. *Rev Cuba Salud Publica* [Internet]. 2021;47(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662021000400017
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud; 24 de abril de 2012. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
- Subsecretaría de Redes Asistenciales-Minsal. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2024; 2023. <https://www.minsal.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/>
- Gomero G. Influencia de las barreras en salud en la reducción de brechas en el servicio de medicina, Centro de Salud Huaraz, Tesis de maestría en Gestión Pública en Internet. Lima: Universidad César Vallejo; 2023. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/123484/Gomez_AGE-SD.pdf
- World Health Organization (WHO). La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos; 2022. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. La OPS lanza nueva campaña para frenar el estigma hacia las personas con problemas de salud mental; 7 de octubre de 2022. <https://www.paho.org/es/noticias/7-10-2022-ops-lanza-nueva-campana-para-frenar-estigma-hacia-personas-con-problemas-salud>
- MINSAL. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025; 7 de diciembre de 2017. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Sapag JC, Traub C, Velasco PR, Arratia T, Alvarado R, Aracena M, et al. Reducing Stigma toward Mental Illness and Substance Use Issues in Primary Health Care in Chile; Protocol of Cluster Controlled Trial Study. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022;13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1083042>
- De la Fuente J, Kauffman DF, Boruchovitch E. Past, Present and Future Contributions from the Social Cognitive Theory (Albert Bandura). *Front Psychol*. 2023;14:e1258249. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1258249>
- Valderrama-Núñez C, Zolezzi-Gorziglia R. Intersectorialidad y reducción del estigma en salud mental: la necesidad de avanzar hacia una descolonización de la institucionalidad, desde una perspectiva intercultural. *Saude Soc* [Internet]. 2021;30(4). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200973>
- Zabaleta-González R, Lezcano-Barbero F, Perea-Bartolomé MV. Análisis de los Programas educativos sobre alfabetización en salud mental. Revisión documental. *Rev Complut Educ* [Internet]. 2021;33(1):57-69. <https://doi.org/10.5209/rced.73696>
- Stuart H, Dobson K. *Stigma of Mental Illness: Models and Methods of Stigma Reduction* [Internet]. Oxford University Press, Incorporated; 2021. <https://doi.org/10.1093/med/9780197572597.001.0001>
- Kassam A, Papish A, Modgill G, Patten S. The Development and Psychometric Properties of a New Scale to Measure Mental Illness Related Stigma by Health Care Providers: The Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry* [Internet]. 2012;12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-62>
- Van der Maas M, Stuart H, Patten SB, Lentiniello EK, Bobbili SJ, Mann RE, et al. Examining the Application of the Opening Minds Survey in the Community Health Centre Setting. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2017;63(1):30-6. <https://doi.org/10.1177/070674371719079>
- Carrara BS, Sanches M, Bobbili SJ, de Godoy Costa S, de Sousa ÁF, de Souza J, et al. Validation of the Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Factor Structure and Psychometric Properties of the Brazilian Version. *Healthcare* [Internet]. 2023;11(7):1049. <https://doi.org/10.3390/healthcare11071049>
- Sapag JC, Klabunde R, Villarroel L, Velasco PR, Álvarez C, Parra C, et al. Validation of the Opening Minds Scale and Patterns of Stigma in Chilean Primary Health Care. *PLOS ONE* [Internet]. 2019;14(9):e0221825. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221825>
- Gajardo JJ, Espinosa TF, Muñoz EI, Goycolea MR, Valdebenito A, Oyarzún SM, et al. Traducción y análisis de validez de contenido del instrumento Opening Minds Scale for Healthcare Practitioners (OMS-HC) para la evaluación del estigma hacia la enfermedad mental en profesionales de la salud en Chile. *Rev Chil Neuro Psiquiatr* [Internet]. 2021;59(2):91-101. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272021000200091>
- Gajardo J, Espinosa F, Goycolea R, Oyarzún M, Muñoz I, Valdebenito A, et al. Estigma hacia personas con enfermedad mental en estudiantes y profesores de terapia ocupacional. *Cad Bras Ter Ocupacional* [Internet]. 2022;30. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao24103145>
- Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Ley 19628, Sobre protección de la vida privada, 18 de agosto de 1999; 28 de agosto de 1999 <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=141599>
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Ley 20120, Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma,

- y prohíbe la clonación humana, 7 de septiembre de 2006; 22 de septiembre 2006. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=253478>
23. Sherwood DA. Healthcare Curriculum Influences on Stigma towards Mental Illness: Core Psuchiatric Course Impact on Pharmacy, Nursing and Social Work Student Attitudes. *Curr Pharm Teach Learn* [Internet]. 2019;11(2):198-203. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.11.001>
 24. Mittal D, Owen RR, Ounpraseuth S, Chekuri L, Drummond KL, Jennings MB, et al. Targeting Stigma of Mental Illness among Primary Care Providers: Findings from a Pilot Feasibility Study. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020;284:112641. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112641>
 25. Almadani AH, AbuDujain NM, Alzahrani A, AlJaffer MA. Stigma toward Mental Illness among Saudi Medical Students. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2023;211(2):157-162. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001582>
 26. Arroyo Cifuentes JL, Díaz Mandado O, García de Mateos Granda AM, Gil Sanz D, González Blanco M, González Rueda R, et al. Guía de buenas prácticas para la realización de acciones de lucha contra el estigma. *Inf Psiquiatr* [Internet]. 2023;(252):9-26. <https://www.informacionespsiquiatricas.com/storage/article/pdfs/7b1b1add5b2616fcf64197e04bc57860.pdf>
 27. Torres IN, Pereira HP, Moreira MB, Marina S, Ricou M. Prevalence of stigma towards mental illness among Portuguese healthcare professionals: a descriptive and comparative study. *Front Psychiatry* [Internet]. 2024;15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1425301>
 28. Óri D, Szocsics P, Molnár T, Ralovich FV, Huszár Z, Bene Á, et al. Stigma towards mental illness and help-seeking behaviors among adult and child psychiatrists in Hungary: A cross-sectional study. *PLoS ONE* [Internet]. 2022;17(6):e0269802. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269802>
 29. Hsia SL, Brooks J, Yao E, Gruenberg K, Finley P. Impact of an auditory hallucination simulation coupled with a speaker diagnosed with schizophrenia on mental illness stigma in pharmacy students. *Curr Pharm Teach Learn* [Internet]. 2022;14(11):1397-1403. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2022.09.022>
 30. Sapag JC, Velasco PR. Estigma hacia los trastornos mentales y adicciones: estudio en la atención primaria de Chile. *Atención Primaria* [Internet]. 2020;52(5):361-3. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.07.014>
 31. Zamorano S, González-Sanguino C, Fernández-Jiménez E, Muñoz M. A Burnt-Out Health: Stigma towards Mental Health Problems as a Predictor of Burnout in a Sample of Community Social Healthcare Professionals. *Behav Sci* [Internet]. 2024;14(9):812. <https://doi.org/10.3390/bs14090812>
 32. Román D. Empatía, burnout y actitudes hacia los pacientes con trastorno mental: un estudio en el ámbito de la enfermería, [Tesis doctoral]. Cádiz: Universidad de Cádiz; 2022. <http://hdl.handle.net/10498/28894>
 33. Sukhera J, Miller K, Scerbo C, Milne A, Lim R, Watling C. Implicit Stigma Recognition and Management for Health Professionals. *Acad Psychiatry* [Internet]. 2019;44(1):59-63. <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01133-8>
 34. Martin A, Chilton J, Paasche C, Nabatkhorian N, Gortler H, Cohenmeh E, et al. Shared Living Experiences by Physicians have a Positive Impact on Mental Health Attitudes and Stigma among Medical Students: A Mixed-Methods Study. *J Med Educ Curric Dev* [Internet]. 2020;7:238212052096807. <https://doi.org/10.1177/2382120520968072>

Anexo 1: Cuestionario Opening Minds Stigma For Health Care Providers (OMS-HC)

1. Identifique su género

- Femenino
- Masculino
- Otros

2. Edad (años cumplidos) _____

3. Estamento

- Profesionales
- Técnicos
- Administrativos
- Auxiliares
- Otros

4. Indique profesión que ejerce actualmente _____

5. Indique los años de servicio cumplidos ejerciendo en el área de la salud _____

6. ¿Tiene algún cercano con algún diagnóstico de trastorno de salud mental?

- Sí
- No

Escala de *opening minds* para profesionales de la salud (OMS-HC)

Versión traducida en Chile (Gajardo *et al.*, 2021)

Enunciado	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Me siento más cómodo(a) atendiendo a una persona que tiene una enfermedad física que atendiendo una persona que tiene una enfermedad mental					
2. Si una persona con una enfermedad mental se queja de síntomas físicos (ej.: náuseas, dolor de espalda, dolor de cabeza), probablemente yo lo atribuiría a su enfermedad mental					
3. Si un(a) compañero(a) de trabajo me dijera que tiene una enfermedad mental bajo control, mantendría mi disposición a trabajar con él o ella					
4. Si yo estuviera en tratamiento por una enfermedad mental, no se lo informaría a ninguno de mis compañeros(as) de trabajo					
5. Estaría más dispuesto(a) a buscar ayuda por una enfermedad mental si el profesional de la salud que me está atendiendo no estuviera vinculado a mi lugar de trabajo					

Enunciado	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
6. Me consideraría como una persona débil si tuviera una enfermedad mental y no pudiera resolverlo por mí mismo(a)					
7. Sería reacio(a) a buscar ayuda si tuviera una enfermedad mental					
8. Los empleadores deberían contratar a una persona que tiene una enfermedad mental bajo control, si él o ella es el mejor candidato para el trabajo					
9. Si supiera que un médico ha estado en tratamiento por una enfermedad mental aun así me atendería con él o ella					
10. Si tuviera una enfermedad mental les contaría a mis amigas/os.					
11. Los profesionales de la salud tienen responsabilidad en transmitir a las personas que tienen una enfermedad mental que su vida va a estar mejor					
12. A pesar de mis convicciones profesionales, tengo reacciones negativas hacia personas que tienen una enfermedad mental					
13. No puedo hacer mucho para ayudar a personas que tienen una enfermedad mental					
14. Más de la mitad de las personas con enfermedades mentales no se esfuerzan lo suficiente para mejorarse					
15. Las personas con enfermedad mental rara vez representan un riesgo para la población					
16. El mejor tratamiento para la enfermedad mental es la medicación					
17. No me gustaría que una persona con una enfermedad mental trabajara con niños, aunque tuviera esa enfermedad debidamente controlada					
18. Los profesionales de la salud no necesitan ser defensores de las personas que tienen una enfermedad mental					
19. No me importaría si una persona con una enfermedad mental fuera mi vecino(a)					
20. Me es difícil sentir empatía por lo que vive una persona con enfermedad mental					

Anexo 2: Carta Gantt Proyecto de intervención:

Acciones o actividades	may-24				jun-24				jul-24				ago-24				sept-24				oct-24				nov-24			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Etapa diagnóstica																												
1.1 Aplicación OMS HC	■	■																										
2. Intervención educativa																												
2.1 Taller 1		■																										
2.2 Taller 2				■																								
2.3 Taller 3					■																							
2.4 Taller 4									■																			
3. Evaluación intervención																												
3.1 Aplicación OMS HC														■	■	■	■	■										
4. Análisis de resultados																			■	■	■	■						
5. Redacción informe																						■	■					
6. Redacción de resultados																								■	■			